



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“
КАТЕДРА „СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО“

Д-Р ВАЛЕНТИН НИКОЛОВ АНГЕЛОВ

**Здравно застраховане в България – развитие,
нагласи, удовлетвореност и оценки**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен
„ДОКТОР“

Научна специалност:
„Социална медицина и организация на здравеопазването“

Научни ръководители: Доц. Искра Мирчева д.м.
Доц. Антония Димова д.м.

Официални рецензенти: Проф. Тодорка Костадинова д.и.
Проф. Петко Салчев д.м.

Гр. Варна
2018 г.

Дисертационният труд съдържа 233 страници и е онагледен с 55 таблици, 45 фигури и 2 приложения. Библиографията включва 130 източника, от които 85 на кирилица и 45 на латиница.

Дисертационният труд е одобрен и предложен за защита от разширено заседание на Катедрен съвет на Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“ при Медицински университет „Проф. д-р П.Стоянов“ на 09.07.2018г. и е насочен за публична защита пред научно жури в състав:

1. Проф. д-р Тодорка Костадинова, ди
2. Доц. Искра Мирчева, дм
3. Проф. д-р Петко Салчев, дм
4. Проф. д-р Пламен Димитров, дм
5. Доц. д-р Наташка Данова, дм

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
1.СЪЗДАВАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В ЕВРОПА И БЪЛГАРИЯ.....	6
1.1 Развитие на здравното осигуряване в Европа – исторически преглед.....	6
1.2 Развитие на здравното осигуряване в България.....	10
1.3 Развитие на здравното осигуряване в Европейския съюз.....	11
1.4 Хармонизиране на ДЗО в България във връзка с европейското законодателство.....	13
2. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ.....	15
3. ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ И ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ.....	19
4. АНАЛИЗ НА СРЕДАТА И ОТРАСЪЛА НА ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ.....	26
5. ПЕРСПЕКТИВИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ И ДРУЖЕСТВАТА ЗА ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ.....	32
6. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗВЪРШЕНОТО ПРОУЧВАНЕ.....	41
6.1 Проучване на качеството на медицинското обслужване.....	42
6.2 Проучване на информираността на осигурените лица относно същността и възможностите на ДЗО и удовлетвореността от използването на ДЗО.....	47
7. ИЗВОДИ.....	60
8. ПРЕПОРЪКИ.....	63
9. ПРИНОСИ.....	65
10. СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИТЕ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	66

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ДЗО – доброволно здравно осигуряване

ДДЗО – дружества за доброволно здравно осигуряване

ЕС – Европейски съюз

ЕК – Европейска комисия

ЗЗО – Закон за здравно осигуряване

ЗИД - Закон за изменение и допълнение

ЗОЛ – здравноосигурени лица

ЗОФ – здравноосигурителен фонд

ИМП – изпълнители на медицинска помощ

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

СЗО – Световна здравна организация

КЗК – Комисия за защита на конкуренцията

КФН – Комисия за финансов надзор

МФ – Министерство на финансите

БВП – Брутен вътрешен продукт

PR – Public relations (връзки с обществеността)

НСИ – Национален статистически институт

Solvency II (Платежоспособност) - Директива 2009/138/ЕС на ЕК

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравното осигуряване в нашата страна е регламентирано със Закона за здравното осигуряване от 1998 г. като два основни вида: задължително и доброволно. Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) е допълнително и се осъществява от акционерни (осигурителни) дружества, регистрирани по Търговския закон.

Здравната реформа у нас започна през 2000г. с промяната на управлението на страната, но не обхваща всички сфери и области на сектора, като се развиваше стихийно и циклично. Намаше приемственост и устойчивост при смяната на управлението на националната здравна система. Редица медико-социологични проучвания показват разочарование в обществото от функционирането на задължителното здравно осигуряване и неговите институции. Това изисква предоставяне на адекватни законови възможности за алтернативи, каквито са доброволните здравноосигурителни фондове (понастоящем застрахователни дружества).

Настоящата разработка представлява анализ на сектора на доброволното здравно осигуряване като допълнителен източник на финансиране на здравеопазването в България и форма за споделяне на осигурителния риск при настъпило заболяване. Вече с шестнадесетгодишна история, доброволното здравно осигуряване в България все още се намира в начална фаза на своето развитие. То генерира допълнителни финансови средства за покриване на разходите за здравеопазване, но обемът му все още е незначителен и не може да бъде определящ фактор във финансирането на здравеопазването. Изборът на дисертационната тема е продиктуван преди всичко от разбирането за значимата здравно-социална мисия на ЗОФ в доброволното здравно осигуряване и необходимостта от популяризирането ѝ посредством връзките с обществеността и публичен дебат. Тази комуникационна дейност се нуждае от разширяване и с оглед ефективната маркетингова политика.

Изборът на дисертационната тема е продиктуван преди всичко от разбирането за значимата здравно-социална мисия на ЗОФ в доброволното здравно осигуряване и необходимостта от популяризирането ѝ посредством връзките с обществеността и публичен дебат. Тази комуникационна дейност се нуждае от разширяване и с оглед ефективната маркетингова политика за постигане целите на този сектор.

СЪЗДАВАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В ЕВРОПА И БЪЛГАРИЯ

1.1 Развитие на здравното осигуряване в Европа – исторически преглед.

Първите форми на здравно осигуряване възникват в Европа, в рамките на общата идея за намаляване на финансовия риск и несигурността на хората от настъпване на непредвидени ситуации, водещи до загуба на доходи, трудоспособност и живот. Още през средните векове групи хора набират общи средства и създават доброволни взаимноосигурителни дружества, от които са покривани рисковете, като старост и заболяване. В много от европейските градове са създавани фондове от внасяни за тази цел периодични вноски).

С разширяване полето на наемния труд през края на XVIII век, осигурителната идея се преобразува от осигуряване на общности на определена територия към общности от дадена индустрия или бранш. Тази схема е ефективно развита в началото на XIX век и е покривала по-добре квалифицираните работници и не много бедните фермери. Организацията, управляваща здравното осигуряване, са наричани “болнични фондове или каси” или “общества за взаимно подпомагане”. В края на XIX век в Европа вече функционират хиляди малки фондове.

Следващ етап от еволюцията на осигурителната идея, съдържаща в себе си и здравноосигурителни рискове, е приемането на първия закон за задължителното здравно осигуряване през 1883 г. в Германия, задължаващ всички наемни работници с надница, по-ниска от установения минимум, да бъдат защитени от болничен фонд, в който се набират вноски от работодателите и работещите лица. Авторът на идеята за задължително социално здравно осигуряване е канцлерът Ото фон Бисмарк.

Историческият преглед показва, че първо се появяват доброволните осигурителни общности като обединения на хора с невисоки доходи и общи интереси за споделяне на здравни и свързани с тях финансови рискове за ползване на платени медицински услуги. Изгодата от участие в такива взаимноосигурителни дружества представлява замяна на несигурността от семеен финансов крах в случай на тежко заболяване и болничен престой със заплащане на малки, поносими периодични и лесно планируеми вноски за тази цел, срещу които се покриват солидарно здравните рискове.

Канцлерът Бисмарк прави тази радикална крачка, която води към експанзия на задължителното здравно осигуряване, определяно като социално или национално.

Въвеждането на задължителност в осигурителните отношения е признак за поява на по-високо ниво на обществено съзнание за здравето на основния производствен фактор – човека. То има това предимство пред доброволното здравно осигуряване, че задължава и работодателя да прави вноски за работещите лица. Моделът „Бисмарк“ е характерен за Германия, Франция, Белгия, Япония, страните от Източна Европа, както и в известна степен в страните от Латинска Америка. Като цяло тази система има повече поддръжници в Европа. България също избра този модел на здравеопазването при реформата на системата през 1998 г. и създаването на Националната здравна каса, която управлява средствата, които се събират от здравните вноски.

По това време всички развити страни в Европа изпълняват програми на общественото осигуряване и извършват осигуряване за достъпно ползване на здравни услуги преди всичко за хората на наемния труд. До Първата световна война няма нито една страна с пълно обхващане на населението в задължително здравно осигуряване. След Октомврийската революция в Русия през 1917 г. и възникването на първата държава с пирамидална държавна здравна система се дава тласък на социалните аспекти на здравното осигуряване в европейските и други страни. През 1937 г. в Германия се обединяват двете основни подсистеми на здравно осигуряване – на наемните работници и фермерите и се създава Национална система на здравно осигуряване, от която са изключени само високодоходните групи от населението. Първата страна с пазарна икономика, която предоставя 100% включване на населението си срещу здравни рискове, е Нова Зеландия през 1939 г. Норвегия и Швеция я следват, но след Втората световна война.

През 1946 г. Великобритания създава своята Национална здравна система, която е данъчно финансирана и предоставя равни осигурителни права на всички свои граждани. Системата „Бевъридж“ носи името на Уилиам Бевъридж, социален реформатор, който е архитекта на Британската национална здравна служба. При тази система финансирането и осигуряването се извършва от една структура /правителството/ чрез данъчни плащания. Повечето болници и клиники са собственост на правителството. Някои лекари са държавни служители, но има и частни лекари, които събират своите такси от правителството. Тези системи принципно имат ниски разходи на глава от населението, защото правителството, като единствен платец, контролира това, което лекарите могат да извършат. Най-голямата такава система е Националната здравна служба във Великобритания. Системата се прилага и в Скандинавските страни, Италия, Испания, Португалия и Гърция, както и Куба.

Така в развитите европейски страни се утвърждават тенденциите на разширяване на обхвата на населението и на пакета от здравни услуги, предоставян на всички осигурени лица.

Освен осигурителни фондове и каси за здравно осигуряване в повечето страни през втората половина на XX век се забелязва експанзия на частни застрахователни и осигурителни организации, работещи за печалба и покриващи здравни рискове. Обикновено те работят за определени пазарни сегменти от високодоходните слоеве на населението.

Здравноосигурителните системи са основани на няколко основни принципа:

Формата на включване - доброволност или задължително участие

Принцип на солидарността – осигурените лица приемат идеята за преразпределение на средства от вноските на здравите към болните, както и от вноските на богатите към по-бедните.

Принципът на конкурентността е в сила при частното осигуряване и означава недопускане на преразпределение между вноските.

Споделеният риск е вътрешно присъщ принцип на системите на социално здравно осигуряване във вид на финансово участие в системата „държава, работодател, община, работещо лице, индивид”.

Личната грижа за здравето се стимулира не само чрез здравноосигурителни вноски, но и с участие на пациентите в стойността на медицинските разноски. Личното участие в заплащането на стойността на консумацията е принцип, който се прилага много активно през XX век и се приема като твърде съществен и резултатен, даже в края на века.

Самоуправление на фондовете е друг важен принцип на системата на здравното осигуряване, разбиран като икономическа и управленческа независимост на държавата, както и участие на осигурените лица и осигурителите в процесите на управление на паричните средства.

Принципът на равнопоставеност при ползването на медицинска помощ означава, че осигурените лица имат еднакви осигурителни права и задължения. В частното осигуряване може да има равнопоставеност, само ако осигурителният риск на две лица е еднакъв и желанието им да се осигурят за даден пакет услуги съвпада.

Собственост върху финансовите ресурси. В съвременния свят доминират обществените финансови ресурси, натрупани от социалното здравно осигуряване като обществен начин на финансиране на здравеопазването със закрила от държавата.

Частното здравно осигуряване се основава на частни източници на финансиране – домакинските бюджети и доходите на предприятията.

Независимост на финансирането от производството на здравни услуги.

Когато осигурителната организация притежава собствени здравни структури, предоставящи медицински услуги, този модел се определя като “директен/интегративен”. Моделът на здравно осигуряване, при който осигурителната организация се договаря или възстановява разходите на независими изпълнители на здравни услуги, се нарича “индиректен”. В ретроспективен план първо се появява и налага директният модел на здравно осигуряване. С развитието на частния пазар на здравни услуги в Европа постепенно започват да се налагат индиректните осигурителни отношения.

Различни са начините на финансиране и според собствеността върху финансовите ресурси. Когато те са обществени фондове за колективно потребление или парични потоци на публичната финансова система, е налице обществено финансиране на здравеопазването. Когато финансовите ресурси са частни, частно е и финансирането на здравеопазването.

Конкуренцията между фондовете за социално здравно осигуряване, както и между частни и обществени фондове, през последното десетилетие е предмет на дебати сред здравните икономисти и експерти на СЗО.

Известни са три основни типа здравно осигуряване.

- ***Социалното здравно осигуряване*** се организира от правителството и осъществява задължителното и в по-малка степен доброволно осигуряване на заетите лица в трудовия пазар. Основен принцип на този тип осигуряване е споделената отговорност на здравите за по-болните, на по-богатите за по-бедните
- ***2. Частното здравно осигуряване*** се предлага от частни застрахователни компании и обхваща на доброволен принцип желаещите да се осигурят.
- ***Осигуряване от работодателя*** се отнася към частното здравно осигуряване, но много специалисти са склонни да го отделят в самостоятелен тип здравно осигуряване.

1.2. Развитие на здравното осигуряване в България.

Идеята за фондови принцип на финансиране на здравеопазването се лансира за първи път в Княжество България през 1878 г. в теоретичния труд на д-р Димитър Моллов “Соображения об устройстве медицинской части в Болгарий”. В него той излага тезата за набиране на приходи в здравна каса от специално заделен земен фонд, обработван от населението. Предвижда се средствата на фонда да покриват изцяло или частично разходите за медицинска помощ на осигурените хора.

През 1936 г. е публикуван трудът “Цялостна здравна служба” от д-р Захари Бочев. Неговата идея е да се изгради универсална и достъпна за цялото население система за здравна помощ, финансирана от осигурителен фонд и управлявана по демократичен децентрализиран начин с широко участие на обществеността и съсловните организации.

Първият здравноосигурителен закон в България – “Закон за работническите осигуровки относно рисковете болест и злополука”- е приет през 1918 г. През 1924 г. Народното събрание гласува “Закон за обществените осигуровки”, който въвежда задължително осигуряване на всички работници и служители в държавни и частни предприятия и организации за рисковете – злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. Осигуряването срещу безработица се въвежда с отделен закон през 1925 г. Медицинската помощ се оказва за сметка на Фонд за обществени осигуровки, в който 2/3 от приходите се набират от работодателите и държавата и 1/3 – от работещите хора. От средствата на фонда се отпускат и заеми за строеж на здравни и социални заведения. Осигурените граждани имат право на свободен избор на лекар.

Изменените социално-икономически условия след 1944 г. рефлектират и върху здравното осигуряване в България. През 1945 г. се приема Закон за фонда “Здравна застраховка на служителите, пенсионерите и членовете на семействата им”, с който се разширява кръгът на осигурените граждани. Конституцията на Народна Република България (1947 г.) определя радикални промени в сферата на здравеопазването. През 1948 – 49 г. се отчуждават частните болници, клиники, зъболекарски дружества и аптеки. След 1950 г. здравноосигурителният принцип във финансирането на здравеопазването се заменя с държавна здравна система, финансирана от общи данъчни приходи, по модела на съветската система.

Съвременната система за задължително здравно осигуряване у нас се регламентира от 01.01.1999 г., с влизането в сила на Закона за здравно осигуряване

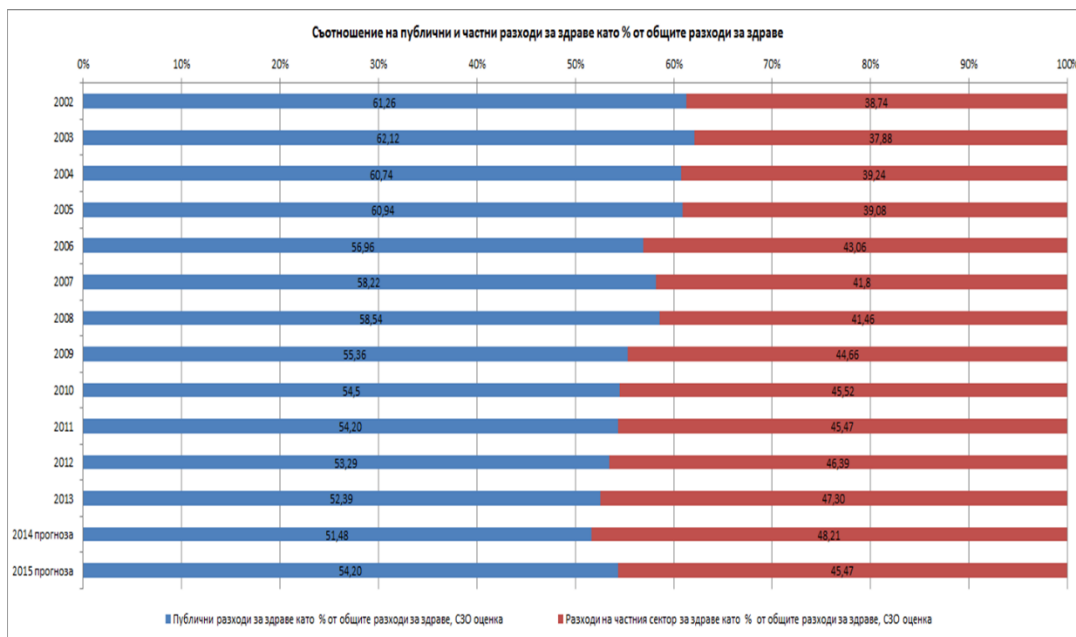
(обн. ДВ, бр. 70, 1998 г.). Този политически вот идва в отговор на тежките проблеми на обществената данъчно финансирана система на здравеопазване и като продължение на общите тенденции в страните от Централна и Източна Европа и историческата традиция на страната. Приетият закон урежда едновременно материята на задължителното и доброволното здравно осигуряване. Той дава законовата рамка за организирането на задължително здравно осигуряване от вида на обществен договорен модел. В първоначалната редакция на закона липсва дефиниция на понятието здравно осигуряване, но разпоредбата на чл. 2 въвежда двете му форми - задължително и доброволно. ЗЗО дефинира единствено понятията осигурител, осигурено лице, а впоследствие (ДВ 107/2002) и осигуряващ.

1.3. Развитие на здравното осигуряване в Европейския съюз.

През последните години нормативната уредба на страните от ЕС се превръща във все по-важен аспект от обществената политика спрямо ДЗО, предимно в резултат на директивите на Европейската комисия, които довеждат до създаването на един пазар за живото- и общо застраховане в ЕС. Според Европейската комисия основната цел на единния пазар е потребителите да разполагат с по-голям избор от осигурителни продукти и да се увеличи конкуренцията между осигурителните дружества.

В ЕС са въведени и следните ключови промени:

- Премахване на националния контрол върху размера на премиите и предварително уведомяване относно условията на полиците. При определени условия, страните-членки могат да създадат “Общото благо”, за да се оправдае регулирането на национално ниво.
- Въвеждане на единната система за оторизация и финансов контрол на осигурителите от страната-членка, където се помещава централата на осигурителя. Осигурителите, работещи в друга страна-членка, подлежат на регулиране от нормативната уредба на своята страна – принцип, наричан “контрол от собствената страна”.
- Покритието срещу злополуки и заболяване може да се предоставя също така и от животозастрахователни компании, а компаниите, предоставящи покритие за злополуки и заболяване, имат право да предлагат животозастраховане, стига различните класове да се администрират различно. Това може да накара правителствата да започнат да прилагат правилата за животозастраховането и стандартите за платежоспособност за ДЗО.



Фигура 1. Съотношение на публични и частни разходи за здраве, като % от общите разходи за здраве според СЗО

Източник: Евростат 2015

На Фигура 1 е представено разпределението на публични и частни разходи, като част от общите разходи за здравеопазване според СЗО.

Най-голям процент на премийния приход от здравно застраховане в ЕС за 2014 г. - 74.4% от общия премиен приход от здравно застраховане, се дължи на три държави: Холандия (44.2 млрд. евро – 30% премиен приход за 2014 г. от общия премиен приход за ЕС); Германия (43.2 млрд. евро- 29.6% премиен приход за 2014 г. от общия премиен приход за ЕС) и Франция (21 млрд. Евро - 14.5% премиен приход за 2014 г. от общия премиен приход за ЕС).

Здравното застраховане в страните от Европейският съюз е познато още като допълнително (complementary), заместващо и допълващо (supplementary) и е с различна роля.

Нормативната уредба на ЕС се прилага с еднаква сила за всяка страна-членка. Правилата на доброволното здравно осигуряване обаче, варират в различните страни, което води до различия в търсенето, структурата, поведението и дейността. Най-сериозни са разликите във вида предлагани пакети, вида и броя на институциите, предлагащи ДЗО, конкуренцията, степента на проникване на пазара (нива на покритие), обхват на услуги и размер на премиите.

ДЗО не играе водеща роля във финансирането на здравната система на нито една от страните-членки на ЕС.

Данъчните закони на всяка една страна представляват форма на обществена политика, която дава сериозни стимули за закупуване на ДЗО, обикновено във вид на данъчно облекчение върху премиите за ДЗО. Данъчните закони могат по лесен и ефективен начин да влияят или чрез приспадане на премията от корпоративния данък (стимул) или чрез облагане на прихода от премията, липса на стимул (пречка).

В някои страни от Европейския съюз данъчните закони се използват, за да се повлияе на пазарната структура в здравеопазването, като се дават предпочитания на някои осигурители пред други.

Данъчното законодателство може да се отрази на пазарната структура като насърчи закупуването на групови и индивидуални договори.

С приемането на Закона за лечебните заведения (1999 г.) и предхождащите го Закон за здравното осигуряване (1998 г.), Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (1998 г.) и Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (1995 г.) се затваря цикълът на законодателните актове, които са база за радикални реформи в здравеопазването на Р. България.

Успоредно със задължителното в Закона за здравно осигуряване (1998 г.) се въвежда и доброволно здравно осигуряване. Уреден е и статутът на дружествата, имащи право да осъществяват дейност в областта на доброволното здравно осигуряване.

Наличието на задължителни изисквания към здравноосигурителните дружества показва регулативната държавна намеса в сектора. Пазарът на доброволното здравно осигуряване е регулиран, планиран пазар, т.е. търпи различни форми на интервенция, намеса от страна на държавата или друга институция върху търсенето, предлагането и цените. Регулативната намеса от страна на държавата в здравеопазването се осъществява пряко - чрез директна намеса в цените; косвено - чрез субсидии, чрез икономически лостове (данъци, такси, цени) и административно чрез наредби и предписания

1.4 Хармонизиране на ДЗО в България във връзка с европейското законодателство.

През последните години нормативната уредба на страните от ЕС се превръща във все по-важен аспект от обществената политика спрямо ДЗО, предимно в резултат на директивите на Европейската комисия, които довеждат до създаването на един пазар за живото- и общо застраховане в ЕС. Според Европейската комисия основната цел на

единния пазар е потребителите да разполагат с по-голям избор от осигурителни продукти и да се увеличи конкуренцията между осигурителните дружества

Изискванията на европейското законодателство в областта на застраховането са застъпени в Директиви 73/239/ЕИО, 88/357/ЕИО, 92/49/ЕИО, 98/78/ЕО, 2001/17/ЕО, Директива 2009/138/ЕО.

Най-новата директива за общото застраховане е приета от Националното законодателство през 1994 г. и дава на осигурителните компании редица права: да отворят клон или агенция навсякъде в рамките на ЕС; да продават продуктите си навсякъде в рамките на ЕС, ако няма клон в съответната страна; да се конкурират по отношение на цена, продукти и услуги.

На 07.08.2012 г. Народното събрание прие промени в Закона за здравното осигуряване, които задължават здравноосигурителните дружества да приведат дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането (КЗ), в рамките на една година от приемането им.

Промяната бе задължителна, тъй като според европейските институции доброволното здравно осигуряване по същество не се различава от застрахователната дейност за покриване на здравни рискове.

Промените засегнаха 19 здравноосигурителни дружества, които следваше до 07.08.2013 г. да подадат заявление до Комисията за финансов надзор (КФН) за издаване на лиценз за извършване на застрахователна дейност по общо застраховане, като за улеснение на бизнеса процедурата по прелицензиране е освободена от такса.

Очакванията са качеството на услугите и защитата на потребителите на този вид услуги да се повиши, тъй като са заложили по-високи критерии към застрахователните компании, съгласно разпоредбите на КЗ. Всички изисквания на закона целят да гарантират на потребителите на тези услуги, че допуснатите на пазара компании са финансово стабилни, отговорни и прилагат добри бизнес практики.

ДДЗО са регистрирани по ТЗ и са лицензирани от КФН. По отношение на тях се прилагат и стриктни правила относно гаранционен капитал, поддържането на резерви, извършването на актюерски разчети и др. подобни изисквания, характерни за застрахователните дружества. Действащият към момента ЗЗО отговаря напълно на европейското законодателство и би било спекулация да се твърди обратното.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Цел на настоящата разработка е да се анализира актуалното състояние на пазара на доброволно здравно осигуряване (застраховане) в България и да се очертаят перспективите за развитие на застрахователните дружества в тази област.

За постигане на така определената цел на изследването си поставихме следните **задачи:**

1. Анализ на историческото развитие на задължителното и доброволното ЗО в Европа и в България.
2. Изследване на предпоставките за развитие на ДЗО и анализ на дейността на дружествата за доброволно здравно осигуряване в България.
3. Идентифициране на основните характеристики и проблеми на ДЗО и ДЗЗ;
4. Анализ на дейността на дружествата за доброволно здравно осигуряване като застрахователи в периода 2013 – 2015 година.
5. Анализ на дейността на “ДЗИ – Здравно осигуряване” АД (“ДЗИ-ЗО” АД)
6. Проучване за оценка на качеството на медицинското обслужване на работещи, ползващи допълнително здравно осигуряване.
7. Проучване на информираността на осигурените лица относно същността и възможностите на ДЗО и удовлетвореността им от услугите, предоставяни от голяма застрахователна компания, предлагаща ДЗО.

За теоретичните проучвания са използвани научни публикации на български и чуждестранни автори в областта на здравното осигуряване и застраховане и данни от Комисията по финансов надзор, НЗИ, МЗ и други.

Обект на изследване са дружествата за доброволно здравно осигуряване и застраховане.

Предмет е дейността на дружествата за доброволно здравно осигуряване и застраховане и удовлетвореността на потребителите.

Използвани методи:

- Анализ на концепциите в областта на здравното осигуряване и застраховане.

- Исторически метод – проследено е историческото развитие на здравното осигуряване и здравното застраховане в европейските страни и в България.
- Документален метод – проучени и анализирани са документи на разглеждани дружества за доброволно здравно застраховане. Използвани са нормативни документи, свързани с разглежданата проблематика.
- Структурен и трендов анализ на разходите за здравеопазване и на пазара на доброволно осигуряване и застраховане.
- Социологически методи.

За уточняване и окончателно оформяне на въпросника за осигурените лица проведохме предварително гнездово пилотно проучване на работещи в „Кока кола-ХБК“- България, които са допълнително здравноосигурени от работодателя, на работното място на респондентите. Използвахме анонимна анкетна карта с 10 въпроса, от които 9 със структурирани отговори и един отворен. Данните от него показаха, че използваният от нас въпросник следва да бъде обогатен с нови въпроси, че е нужно и редактиране на някои от въпросите и преформулиране на някои от вариантите за отговори.

След актуализиране на въпросника същинското проучването се проведе в офисите на ДЗО, с цел по-голямо участие и събиране на възможно най-обективна и изчерпателна информация. Използвана е анонимна анкетна карта на хартиен носител с 37 въпроса, от които 31 структурирани, 2 отворени и 4 с възможност за отворен отговор. Необходимата първична информация е допълнена от официалната документация на ЗОФ. Всички участници в анкетата, доброволно здравноосигурени лица, попълниха специално подготвен въпросник. Писмено съгласие за участие не е искано от тях, поради характера на проучването. Следвани са препоръките на Е. Насева и колектив за провеждане на медико-социални изследвания.

Обект на социологическото изследване са само пълнолетни лица, които са допълнително здравноосигурени в дружество за доброволно здравно осигуряване - ДЗИ ЗО.

Единица на наблюдението е здравноосигурено лице в дружеството за доброволно здравно осигуряване.

Признаци на наблюдението:

- Информираност на пациентите за дейността и възможностите на ЗОФ.

- Обща информираност за доброволното здравно осигуряване.
- Удовлетвореност от полученото медицинско обслужване.
- Оценка на услугите на координаторите на ДЗИ в здравните заведения.
- Оценка на дейността на Контакт центъра на ЗОФ.
- Мнение относно ролята на работодателя в ДЗО.
- Предпочитан тип здравно осигуряване.
- Препоръки и предложения относно дейността на ЗОФ.
- Здравноосигурителни пакети
- Премиен приход и технически резултат

Обемът на наблюдението включва случайна извадка от 490 анкетиращи лица (252 мъже и 238 жени) от корпоративен клиент на здравноосигурителен фонд ДЗИ ЗО.

Период за провеждане на основното наблюдение (анкета) е юни-август 2013 година.

➤ **Статистически методи**

Обработката на първичната информация е извършена чрез статистически пакет IBM SPSS v.21. За таблична и графична обработка са използвани продуктите на Microsoft Office. Приехме като доверителен интервал за оценка на статистическата достоверност 95% и ниво на значимост $\alpha = 0,05$.

За интерпретиране на относителни дялове е използван алтернативен анализ:

За тестване на дефинираните хипотези, поради характера на данните използвахме непараметрични тестове за търсене на зависимости между признаци, измерени в качествените скали:

- Хи-квадрат тест - най-често използваният тест за статистическа значимост на връзката между категорийни променливи. Базира се на факта, че можем да изчислим очакваните честоти в двумерна таблица (т.е. честотите, които могат да се очакват, ако няма връзка между променливите);
- U-тест на Mann-Witney за независими извадки.

Изчисляване на среден бал за рангово скалираните въпроси от анкетата. Средният бал е изчислен като средна стойност от претеглените честоти на посочените отговори за качество на медицинските услуги (отличен, много добър, добър, задоволителен, слаб), като приетите тегла са: за “Отлично” – (6), “Много добро” – (5), “Добро” – (4), “Задоволително” – (3) и “Слабо” – (2) по формулата:

$$СБ = \frac{\sum x_i \cdot w_i}{N}, \text{ където}$$

x_i - е честота за всяка от степените на качество на медицинските услуги, за $i = 2, \dots, 6$

w_i - е тегло за всяка от степените на качество на медицинските услуги

N - е брой на всички отговори

- Лично наблюдение на автора в ДЗИ ЗО.

Хипотези

- Все повече български граждани считат, че задължителното здравно осигуряване не е достатъчно за получаване на пълноценна медицинска помощ при нужда.
- Комбинация от задължително и доброволно здравно осигуряване е добър избор за гарантиране на пълноценна медицинска помощ при нужда.
- Повишава се качеството на услугите, предлагани от ДЗО ЗО, изразено чрез намаляване дела на неудовлетворените клиенти на ДЗО ЗО.

ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ И ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ

Целта на здравното застраховане е свързана с предлагане на възможност на крайния потребител – застраховано лице, срещу избрана от него здравна застраховка, респ. застрахователно покритие, да ползва „пълна или частична компенсация на допълнителните разходи”, които са възникнали при ползване от него медицинска услуга от специализирано лечебно заведение. Здравните застраховки имат за цел да предложат застрахователна защита в случай на възникнал здравен проблем, като срещу платена застрахователна премия, застрахователят поема отговорност да изплати обезщетение или възстанови реално извършените разходи от застрахования за ползвани здравни стоки и услуги.

Здравното застраховане може да се разглежда като възможност за решаване на проблемите на населението, свързани със здравословното им състояние и трудоспособност. Предлагането на нови покрити рискове, свързани с лечение и профилактика на различни заболявания, неизбежно ще допринесе до увеличаване на застрахователната съвкупност (нови и повече застраховани брой лица) и възможност за подобряване на общото здравословно състояние на нацията.

Предимствата на здравното застраховане са:

- Осъществява се на принципа на доброволност;
- Предлагат се различни пакети от медицински услуги, според нуждите на застрахованите лица;
- Право на личен избор на здравно заведение и лекар;
- Възможност за ползване на данъчни облекчения на основание на Закона за данъците върху доходите на физическите лица¹;
- При ползване на определена медицинска услугата не е необходимо заплащане (при абонаментен принцип), т.е. не е необходимо да бъдат влягани лични средства.

Значимостта на здравното застраховане се изразява в опазване, подобряване и възстановяване на здравето на застрахованите лица. Здравното застраховане създава предпоставки за:

- Подпомагане на избора на застрахователна услуга чрез подходяща здравна застраховка;

- Финансиране на здравните заведения, сключили договори за обслужване на клиентите на застрахователните компании;
- Развива се здравната политика на държавата, която има за цел опазването на здравето на нацията и.
- Повишаване на качеството на здравните услуги.

В България здравното застраховане се предлага от общозастрахователните дружества чрез застраховка „**Заболяване**“ и от животозастрахователните дружества чрез „**Постоянна здравна застраховка**“.

Застраховка „**Заболяване**“ е свързана с фиксирани парични суми, обезщетения, или комбинации между двете, като предмета ѝ е подобряване на здравето, лечението и финансовото обезпечаване на ползвани здравни услуги и стоки от застрахованите лица, през срока ѝ. Различните здравни услуги и стоки са групирани от застрахователите в пакети, като всеки пакет, се предлага с различни застрахователни суми (лимита на отговорност). Всеки застраховател сам преценява какви здравни услуги и стоки и в какъв обем да включи и да покрива в здравния пакет.

Срещу платена застрахователна премия, застрахователят се задължава да поеме рисковете, възстановява разходи или изплаща суми за:

- извънболнично и болнично лечение;
- профилактика, диагностициране и лечение на заболявания;
- осигуряване на болничен престой в случай на необходимост, рехабилитации и физиотерапии;
- оперативни намеси;
- здравни услуги за бременни жени;
- медикаменти;
- дентално лечение и др.

Различните компании в Р. България имат различен подход към образуване на пакети от застрахователни услуги. Разликите в отделните пакети са в обема здрави услуги и стоки и грижи, включени в тях. Отделните застрахователни компании използват различни търговски наименования при предлагането на здравните пакети. Обикновено се предлагат в три разновидности на здравни пакети, като най-пълният включва здравни услуги и стоки, невключени в останалите или пък в голям обем и лимити.

Застраховките „Заболяване” се предлагат от застрахователните дружества като индивидуални, семейни или групови. Основно се сключват групови и семейни договори. Въпреки че се предлагат и индивидуални договори, застрахователните компании избягват да сключват такива, поради трудното изравняване на риска. Страни по застрахователния договор са български или чуждестранни граждани на възраст от 16 до 65 г. При сключване на семейни договори могат да бъдат застраховани и деца от 0 до 18 г. Лицата, които при сключване на застраховката имат диагностицирани хронични или други заболявания, сключват застрахователен договор при специални условия- „повишен риск, като дължат допълнителна застрахователна вноска в размер, определен от застрахователя и посочен в тарифата“ Лица с трайна нетрудоспособност над 50%, тежко болни и с вродени заболявания не се застраховат.

Застрахователят не изплаща суми, не възстановява разходи на основание на приетите общи условия на всяко едно застрахователно дружество, като най-общо при всички, това са следните случаи: Спешна медицинска помощ; Хемодиализа и хемотрансфузия; Трансплантации на тъкани, органи и клетки; Лечение на СПИН; Козметични и пластични операции, както и операции за смяна на пола; Лечения с методи на нетрадиционна медицина, както и увреждания при използване на хранителни добавки, стимуланти, козметики и др.; Вродени аномалии; Лечение на репродуктивни проблеми, умствени и психически заболявания и др.; Лечения на наркомания и алкохолна зависимост; Заболявания, диагностицирани преди началото на застраховката и други.

На основание на приетите общи условия по здравна застраховка „Заболяване” от съответното застрахователно дружество са разписани и отделни отлагаеми периоди за ползване на медицинските услуги. Те могат да бъдат един, два или три месеца, в зависимост застрахователния договор и политиката на застрахователната компания. Тази практика се използва и с цел предотвратяване на застрахователни измами.

„Постоянна здравна застраховка” е застраховката, която се предлагаше от животозастрахователните дружества до 2015 г. Тя бе регламентирана чл. 241а от КЗ и „с договора за постоянна здравна застраховка, застрахователят се задължава да извършва регулярни плащания на застрахованото лице за компенсиране загуба на доход вследствие на злополука или заболяване”. В този смисъл постоянната здравна застраховка включва:

➤ изплащане на медицински разходи или на фиксирани суми за диагностициране и лечение, произтичащи от злополука или заболяване, или от определени видове злополука или заболяване;

➤ изплащане на фиксирани еднократни или периодични суми за определен период или пожизнено, при неработоспособност, причинена от злополука или заболяване, или от определени видове злополука или заболяване.

С влизането на новият Кодекс за застраховането от 01.01.2016 г. в него вече не е дефинирана „Постоянна здравна застраховка“. В настоящият анализ ще разгледаме и анализираме застраховка „Заболяване“ и „Постоянна здравна застраховка“ до приемане на новият Кодекс за застраховането, а именно до 2015 г.

Покритите от застрахователите рискове, обхващат болнична помощ, доболнична помощ, временна неработоспособност от злополука, критични заболявания и др. Интересно е покритието при постоянна здравна застраховка, което тя осигурява при проявление на така наречените „критични заболявания“. Това са група от 15 животозастрашаващи болести, като например: тумор на мозъка, рак, бъбречна недостатъчност, инфаркт на миокарда, операция на аортата или сърдечните канали, байпас на коронарната артерия, трансплантация на важни органи, кома, сериозни изгаряния, парализа, мозъчен удар, HIV и слепота. При проявление на някоя от тези болести, застрахователят изплаща на застрахования договорената в полицата застрахователна сума, (тя може да достигне и 50 000 лева), която той може да използва за финансиране на лечението си, както и да осигури нужните лекарства или спокойно възстановяване, без финансови притеснения за него и близките си. Чрез включването на това покритие в отговорност на застрахователя се предоставя възможност за изплащане на договорената застрахователна сума на застрахования и осигуряване на допълнителни средства и финансова подкрепа в непредвидена и неочаквана ситуация за него.

Върху продажбите на здравни застраховки, най-силно влияние оказват следните фактори:

➤ **Здравно-демографският фактор** - оказва най-силно влияние върху търсенето на здравни услуги. Към него спадат следните демографски признаци: *Пол, Възраст, Образование, Социален статус,*

Семейно положение, Местоживеене, Платежоспособността на застрахованите лица.

❖ **Макроикономически фактори** – оказват пряко влияние върху дейността на застрахователните дружества. Към тази категория спадат: *Ниво на безработица, Данъчно облагане и данъчни преференции.*

Парадокс е, че данъчни преференции могат да се ползват за доброволно здравно осигуряване, което бе ликвидирано през 2013 г., а действащото здравно застраховане е извън обхвата на ЗКПО и ЗДДФЛ. Явно законодателят не прави разлика между доброволно здравно осигуряване и здравно застраховане. Продължава да има преференции за нещо, което не съществува вече пет години в правния мир.

Много са аргументите, които ни дават основание да считаме, че ***съществуващата в момента здравна система е неефективна и се налага промяна на модела.***

Има три основни вида здравни системи – предимно държавна, като във Великобритания, предимно застрахователна, като във Франция, Япония и др., и предимно частна - като в САЩ. Нито един от тези модели не функционира в чист вид, като в повечето страни превес взема една или друга здравноосигурителна схема. Финансирането на такива системи се извършва от три източника: застрахователни премии, данъци върху дохода на работодателите, респ. удръжки от заплатите на работниците, чрез държавния бюджет.

Всеки модел си има своите положителни и отрицателни страни. При модел на бюджетно финансиране държавата оказва контрол върху лечебните заведения, но като основен недостатък може да се изтъкне създаването на монополи и игнориране на правата на пациентите и свободен избор на лечебни заведения и болници.

При частните здравноосигурителни схеми лицата имат избор на лекари и лечебни заведения, а застрахователните или осигурителните дружества упражняват контрол върху разхода на средствата и основанията за плащането. Слабост на модела е, че социално слабите слоеве на обществото (възрастни, инвалиди, и др.) ще имат проблем с покритието.

След като не се реализира демонополизация на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), Комисията за финансов надзор (КФН) заложи на прелицензиране на дружествата за доброволно здравно осигуряване в

общозастрахователни компании, позовавайки се на тенденциозен прочит на директиви на ЕС, въпреки сериозни експертни аргументи за различията между застрахователните и осигурителните принципи.

В специализираната литература и в практиката съществуват множество различни мнения на автори и специалисти, относно приликите и разликите между доброволното здравно осигуряване и застраховането. Условно могат да се очертаят три лагера, като единият е на поддръжници, че между доброволното здравно осигуряване и застраховането няма разлика; вторият, че си приличат много, но има определени различия; а третият, че нямат нищо общо помежду им. Ние подкрепяме мненията на втората група, че двете форми си приличат изключително много, но има определени различия. Именно затова, ще посочим най-основните, фундаментални **разлики** и **прилики** между доброволното здравно осигуряване и застраховане, без да влизаме в детайли в по-незначителните такива.

Първата съществена разлика е нормативната регламентация на двете дейности. Здравното осигуряване е регламентирано в Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), а застраховането в Кодекса за застраховането.

Друга разлика е начинът, по който здравноосигурителните и застрахователните дружества изпълняват поетите си задължения. Първите възстановяват извършените разходи за здравни услуги¹ и стоки или чрез абонаментно обслужване предоставят същите чрез изпълнители на здравна помощ, с които са подписали договори. Принципът при застрахователните дружества е да се изплаща предварително договорена застрахователна сума при настъпване на покрито застрахователно събитие.

Трета разлика е, че доброволното здравно застраховане е част от системата на здравно осигуряване, която има и задължителна част. Между задължителното здравно осигуряване и здравното застраховане разликите са много по-фундаментални и ще посочим само една от тях, без да разглеждаме останалите², а именно тази дадена от проф. Ив. Кацаров, че задължителното здравно осигуряване е израз на обществото към отделните индивиди, а здравното застраховане е предвидливост на отделното лице .

Приликата между доброволното здравното осигуряване и здравното застраховане е в неговия доброволен характер и свобода на избор. И двете форми се наложиха като единствените възможности за допълнителни здравни услуги. При

¹ При възстановяването на разходи на здравноосигуреното лице, здравноосигурителните дружества се доближават по начин на работа до застрахователите. Различията се при абонаментното застраховане.

² Например съществените институционални различия – НЗОК и отделната застрахователна компания.

здравното осигуряване съществува и задължително такова по закон за всички лица, докато здравното застраховане е изцяло с доброволен характер, а задължителните застраховки по Кодекса за застраховането не са свързани със здравето на застрахованите.

Въпреки различната правна регламентация и двете форми представляват финансова схема за разпределение на риска „болест“ върху голяма съвкупност от лица, като всички здравноосигурени/застраховани лица, срещу платена доброволна здравноосигурителна вноска или премия за застраховка, се подсигуряват срещу вероятността да заплатят изключително високи разходи за медицински услуги, стоки или грижи, при проявление на покрития риск „болест“. Поемането на един и същ риск е именно друга прилика между двете форми . До обединяването им през 2013 г. пазарът по доброволно здравно осигуряване и пазарът по здравно застраховане се конкурират помежду си, като конкуренцията за привличане на клиенти и свеж паричен ресурс допринесе за тяхното развитие. Преимуществовата са на страната на застрахователния пазар, който е концентрирал в себе си много по-голям паричен ресурс и възможности. Именно при съблюдаване на европейските директиви пазарът по доброволно здравно осигуряване се вля (обедини) с пазара на здравно застраховане.

До обединяването им през 2013 г. пазарът по доброволно здравно осигуряване и пазарът по здравно застраховане се конкурират помежду си, като конкуренцията за привличане на клиенти и свеж паричен ресурс допринесе за тяхното развитие. Преимуществовата са на страната на застрахователния пазар, който е концентрирал в себе си много по-голям паричен ресурс и възможности. Именно при съблюдаване на европейските директиви пазарът по доброволно здравно осигуряване се вля (обедини) с пазара на здравно застраховане.

АНАЛИЗ НА СРЕДАТА И ОТРАСЪЛА НА ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

Анализът на здравно-демографската ситуация на дадена страна е важен, тъй като предоставя възможност не само за критична оценка, но и насочва вниманието към потребността от медицинска помощ и необходимите ресурси за нейното осигуряване.

Първите отрицателни тенденции в здравно-демографската характеристика на българския народ се забелязват още през 60-те години на миналия век. Демографското състояние на населението на Р. България се намира под влиянието на голям брой фактори и процеси. Факторите могат да се разделят на: *Външни*, *Вътрешни (ендогенни)* и *Поведенчески (етогенни)*.

Анализът на демографските процеси показва, че България се намира в период на демографска криза, който се очаква да продължи и през следващите няколко десетилетия. Основните причините за демографския срив са високата смъртност и ниската раждаемост, водещи до отрицателен естествен прираст, както и силните миграционни процеси, в резултат на които голяма част от младото и трудоспособно население на страната ни напусна нейните граници. България преминава през дълбока социално-икономическа трансформация, предизвикана от трайни негативни демографски промени, водещи до отрицателен естествен прираст. Населението на България продължава да отчита трайна тенденция на намаление с всяка изминала година, като този процес започва от 1987 г.

До 1986 г. има положителен естествен прираст на населението. За периода 1951 – 1986 г. има увеличение на населението от 7 277 386 души на 8 958 564. До 1965 г. темпът на прираст е над 0,80%, достигайки най-високата си стойност през 1961 – 1964 от 0,87%. От 1965 г. започва да се наблюдава спад в темпа на положителния естествен прираст, но той запазва високи стойности (около 0,70%). През 1987 г. се наблюдава за първи път отрицателен естествен прираст на населението, като най-високи стойности от 1,17% достига през 1994 г. След 1988 г. до настоящия момент се наблюдава намаление броя на населението, като това се дължи на два основни фактора – отрицателен естествен прираст (с 68,9% тегло) и миграция на населението (с 30,1% тегло). За периода между двете последни официални преброявания 2001 г. и 2011 г. населението е намаляло с 564 331 души, поради отрицателен естествен прираст (389 087 души) и външна миграция (175 244 души). Това намаление през последните 10 г. с над половин милион души доведе до значително застаряване на населението,

намаляване на населението в работоспособна възраст, увеличение на пенсионното и осигурителното бреме.

По данни на Евростат прогнозите за населението на Р. България до 2050 г. показват числено намаление с над 1,2 млн. и достигане до 5,9 млн. души. Много опесимистични са прогнозите на „Отдела за населението“ на ООН, който очаква населението на страната ни да се свие до 5,5 млн. души.

Запазва се тревожната тенденция на застаряване на населението, като се увеличава възрастта на лицата в надтрудоспособна възраст. През 2015 г. техният брой е 1 740 749 души или 24,33% от населението на страната, година по-рано те са били със 6600 по-малко, а през 2010 г. са били 1 706 022 души. Процесът на застаряване се проявява както в селата, така и в градовете, като средната възраст в селата е значително по-висока.

Естественят прираст на българското население продължава да е отрицателен, като през последните години стойностите му нарастват.

Таблица 1. Естествен прираст на населението за периода 2010 – 2015 г.

Естествен прираст на населението на 1000 души	2010	2011	2012	2013	2014	2015
за страната [в ‰]	-4,6	-5,1	-5,5	-5,2	-5,7	-6,2
град (в ‰)	-1,6	-2,2	-2,8	-2,8	-3,1	-3,5
село (в ‰)	-12,1	-12,7	-12,8	-11,8	-12,9	-13,4
Естествен прираст на населението в абсолютна стойност						
за страната (души)	-34 652	-37 412	-40 160	-37 767	-41 367	-44 167
Град (души)	-8 682	-11 786	-14 675	-14 563	-16 304	-18 263
Село (души)	-25 970	-25 626	-25 485	-23 204	-25 063	-25 904

Източник: НСИ

От данните е видно, че тенденцията на отрицателен естествен прираст се запазва, а стойностите се влошават, като през 2015 г. достигат до -6,2‰, най-високата стойност за последните пет години. В сравнение с останалите страни-членки на ЕС, при които се наблюдава също отрицателен естествен прираст на населението им, стойностите за България са значително по-високи. След нас се нареждат Латвия (-4,5‰), Унгария (-3,9‰), Румъния (-2,7‰), Германия (-2,4‰), Гърция (-1,5‰), Италия (-1,3‰), Естония (-1,1‰) и Австрия (-0,1‰). С по-висок отрицателен естествен прираст е единствено Ирландия (-9,5 %).

Броят на умрелите лица през 2015 г. е 110 117 лица, което е с 1 165 лица повече спрямо 2014 г. или с 1,07 %. Смъртността при мъжете през 2015 г. (16,4 ‰) продължава да нараства и да бъде по-висока, в сравнение със смъртността при жените (14,44 ‰), спрямо 16.17‰ при мъжете през 2014 г. и 14,14‰ при жените през същата година. Нивото на обща смъртност остава изключително високо и през 2015 г. е 15,39 ‰, което е най-високото ниво сред страните-членки на ЕС и за последните пет години в страната. В ЕС след България се нареждат Латвия с 14,3 ‰, и Литва с 14,0 ‰, а на дъното са Ирландия с 6,4 ‰ и Кипър с 6,0 ‰. Общата смъртност в селата запазва тенденцията и е по-висока в сравнение с тази в градовете.

За 2014 г. показателят за преждевременната смъртност, показващ относителния дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой смъртни случаи в страната, остава висок (22,4 ‰), като е над средните стойности за ЕС. При мъжете е повече от два пъти по-висок, в сравнение с този за жените или 29.5% срещу 14,7%.

Средната продължителност на живот при мъжете е по-ниска, в сравнение с тази при жените средно със 7 години, като тази тенденция се запазва през годините). През 2015 г. средната продължителност на живот при мъжете в България е 71,09 г., при 78,1 г. за ЕС, т.е. 7,01 г. по-малко, докато средната продължителност на живот при жените в България е 78,02 г. и се доближава повече до тази на жените в ЕС (83,6 г.), като разликата е 5,58 г.

През 2014 г. линията на бедност, общо за страната, е 323,75 лв. средномесечно на лице от домакинство. При този размер на линията под прага на бедност са били 1 578,3 хил. лица или 21,8% от населението на страната

Таблица 2. Основни индикатори за бедност

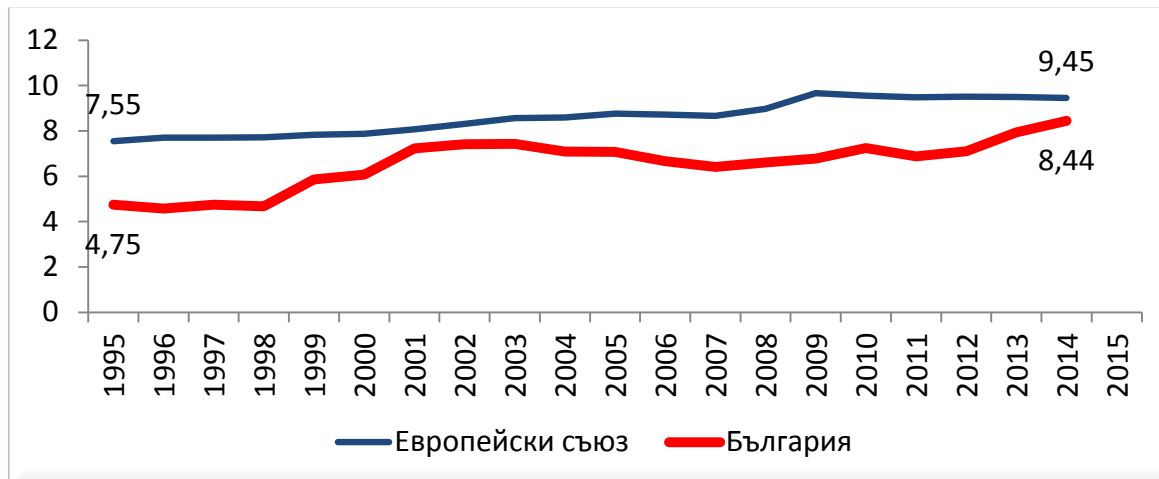
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Линия на бедност – средномесечен размер в лева							323,8
Лица под линия на бедност – в хил.	1632	1657	1565	1672	1559	1528	1578
- в т.ч. изменение спрямо предходната година (в %)		1,53%	-5,55%	6,84%	-6,76%	-1,99%	3,27%
Относителен дял на бедните - % от населението	21,4	21,8	20,7	22,2	21,2	21,0	21,8
Относителен дял на бедните преди получаването на социалните трансфери - % от	40,0	38,8	40,8	41,7	41,8	41,8	46,2

населението							
Относителен дял на бедните преди получаването на социалните трансфери, с включени пенсии -% от населението	27,1	26,4	27,1	27,4	25,9	26,7	27,3

Източник: НСИ

Между отделните източници на финансиране и участието на държавата следва да се намери разумен баланс, т.е. максимално съотношение между показателите качество на здравните услуги и ефективност на разходите. Всяка държава, в зависимост от степента на своето икономическо развитие, здравно-демографски и други фактори, решава в какво съотношение да комбинира тези два показателя.

Здравеопазването заема един от най-високите дялове в публичните разходи на страните от ЕС, поради огромното въздействие, което оказва върху конкурентоспособността на всяка една нация. На Фигура 2 са представени разходите за здравеопазване като процент от БВП в ЕС и България.



Фигура 2. Разходи за здравеопазване в % от БВП

Източник: НСИ

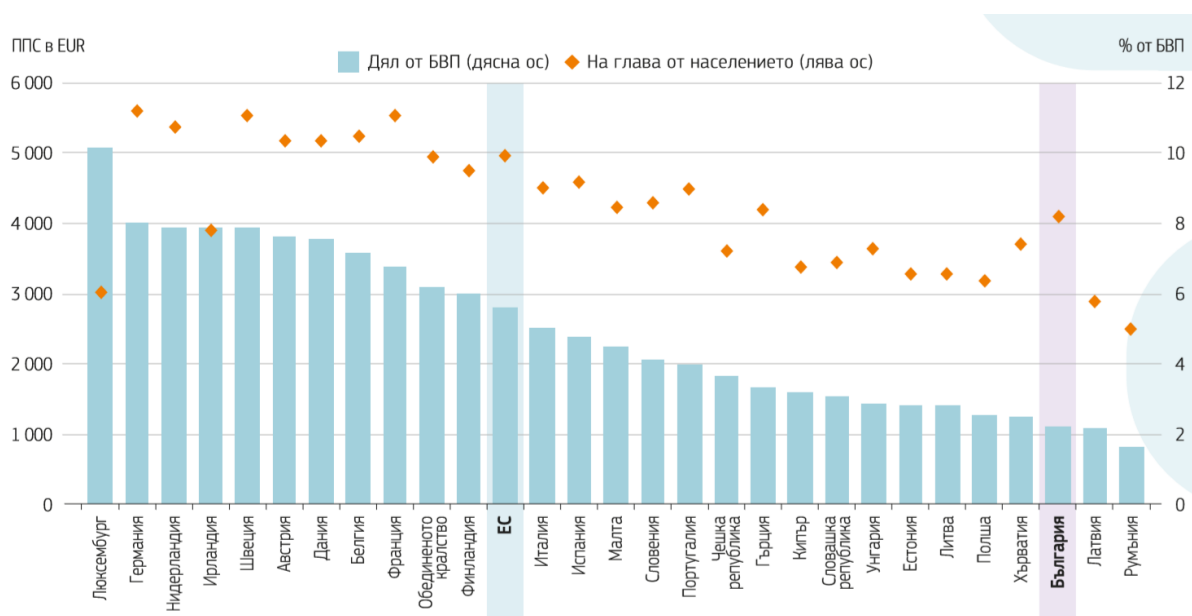
Наблюдава се трайна тенденция на увеличение на средствата за здравеопазване за сметка на бюджета на Здравната каса. През 2014 г. те са се увеличили с 84,86%, спрямо 2008 г. и достигат 3 135,7 млн. лв., което е 78,67% от размера на средствата по консолидираната фискална програма. Констатира се тенденция на намаляване на средствата, които се отделят от общините, като през 2014 г. те са с 23,99% по-малко, в

сравнение с 2008 г., когато са достигали 207,6 млн. лв. Данните показват, че във финансирането на здравеопазването все по-голям дял се пада на приходите от здравноосигурителни вноски, т.е. то е за сметка на гражданите. В приходната част на бюджета на НЗОК здравноосигурителните вноски заемат най-голям дял, като се запазва тенденцията на увеличението им и през 2014 г. те са 64,5%, в сравнение с 57,4% през 2008 г.

Бюджетът на Министерство на здравеопазването продължава да отчита тенденция на намаление в годините, което се дължи на прехвърляне на част от плащанията към бюджета на НЗОК. Такива плащанията са например за хемодиализа, спешната помощ, реимбурсирането на лекарствата. В резултат на това за 2014 г. в сравнение с 2008 г. средствата от бюджета на МЗ са намалели почти два пъти.

Разходите за здравеопазване като процент от БВП плавно нарастват.

През годините те са около 4,3% средно. Тези стойности са значително под стойностите за останалите държави-членки на ЕС, където достигат до 8,5% от БВП (Холандия, Дания). Това отрежда на България на едно от последните места заедно с Румъния.



Източник: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването; базата данни на Евростат; Глобалната база данни за разходи за здравеопазване на С30 (данните се отнасят за 2015 г.).

Фигура 3. Разходи за здравеопазване на глава от населението за 2011 г. в ЕС

Ниските разходи на глава от населението са индикация за недофинансиране на здравната система, респ. ниско качество на предлаганите здравни услуги. Това води до

търсене на здравни услуги зад граница, предимно от по-платежоспособната част от населението, и изтичане на финансов ресурс. Очевидно е, че колкото и средства да са предвидени за здравеопазване в една слабо развита в икономическо и финансово отношение страна, те ще бъдат недостатъчни да задоволят здравните потребности на населението за осигуряване на достъпно и качествено здравеопазване. И обратно, икономически развитите страни могат да си позволят да отделят средства за здравеопазване, които съответстват на възможностите на икономическия потенциал на държавата и могат да гарантират висок стандарт и качество на здравното обслужване на населението.

Българите доплащат най-много и по отношение на общите разходи за лечение, и за лекарствените препарати. В България има най-голям процент на доплащане за лекарства като лични разходи, в сравнение с останалите страни в Европа - 56%. Може да се каже, че по този показател се доближаваме до страните от третия свят, но в никакъв случай тенденцията у нас не е в съзвучие с доплащанията в Европа.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ И ДРУЖЕСТВАТА ЗА ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ

Основен проблем на здравеопазването в световен мащаб е конфликтът между ограничените ресурси и постоянно увеличаващите се разходи, в резултат на демографски промени, нарастващи потребности и непрекъснато въвеждане на нови, все по-скъпи методи на лечение.

Преходът на България към пазарна икономика, както и процесът на евроинтеграция, през който преминахме, изисква безапелационно да се изработи цялостна и задълбочена национална стратегия към устойчиво развитие през XXI век. Новите предизвикателства са в областите на социално-здравната справедливост, културното разнообразие, икономическата стабилност, екологичната защита и оптималното използване на ограничените ресурси на планетата.

Тази тенденция е особено силно изразена в България и се демонстрира много ярко в процеса на здравната реформа, започнала през 1999 г. Според наши експерти по здравен мениджмънт един от главните негативни резултати на здравната реформа е дестабилизацията на националната здравна система. Главният фактор на тази дестабилизация е липсата на последователно реализираща се дългосрочна концепция и стратегия. Възниква нуждата от прецизно разработена дългосрочна цялостна концепция за устойчиво развитие на здравеопазването в България, в неговия системен интегритет. В концепцията за устойчиво развитие на националната здравна система в България непременно трябва да залегнат добре обосновани стратегически виждания относно водещите дългосрочни приоритети в здравеопазването, пропорциите в развитието на различните здравни сектори – (публичен и частен, лечебен и превантивен, задължително и доброволно здравно осигуряване и т.н.), баланс на общата национална здравна политика и регионалните здравни политики .

Устойчивото развитие е концептуалната основа за постигането на висока степен на здравна сигурност на обществото. Здравната сигурност изисква перманентно и динамично актуализиране на приоритетите и структурата на здравеопазването на всички нива – национално, регионално, общинско, институционално. В този общ контекст се очартават и нови предизвикателства пред мисията и структурите на ДЗО в България. Доброволното здравно осигуряване не трябва да се разглежда само като един второстепенен елемент (подценяван) в националната здравна система, а важен фактор

на нейното устойчиво развитие и висока обществена удовлетвореност от здравните услуги.

Промените икономически условия, както и присъединяването на Република България към Европейския съюз, налагат анализ на ситуацията в здравната система. Експертите смятат, че има необходимост от промени. Ето и най-важните изводи, които те правят:

- Непълнота и несъгласуваност между отделните нормативни документи (законови и подзаконови нормативни актове), липса на действителна оценка за ефективността на извънболничната помощ, както и на потребностите на населението от болнична помощ.
- Ограничен достъп на част от населението до здравни услуги по финансови и организационни причини.
- Ограничен достъп до здравна помощ на населението, живеещо в малките населени места, в планинските и отдалечените райони.
- Нарушено съотношение между разходите за лекарства и разходите за медицински дейности.
- Неудовлетвореност на населението от отделни характеристики на лекарствоснабдяването.
- Забавяне на реформата в болничната помощ.
- Преобладаване на индивидуалните практики (близо 90%) пред груповите практики в доболничната помощ и концентрирането им в градовете, което затруднява качествено обслужване на пациентите.
- Недостатъчна координация между първичната, специализираната извънболнична помощ, спешната и болничната помощ.
- Качество на медицинското обслужване, което не отговаря на очакванията на обществото.
- Предимство на лечебните дейности, в сравнение с дейностите по промоция на здраве и превенция на болестите.
- Недостатъчно финансиране на дейностите в системата на здравеопазването и по-специално липса на адекватна политика за финансово осигуряване на дейностите за продължаващо лечение, рехабилитация, сестрински грижи и домашно лечение.
- Влошаване на демографските, социалните и здравните индикатори, със значителна разлика между градското и селското население.

- Очертаващ се дефицит и диспропорция на медицинските кадри по вид, квалификация и местоположение.

През последните години развитите страни от Европейската общност преследват **устойчиво развитие** въз основа както на принципите на солидарност и равни възможности за здраве и благополучие, така и на иновациите и технологичния напредък.

Маркетинговата дейност цели да осигури баланс между интересите на потребителя, на фирмата и на обществото. Съчетаното решаване на тези проблеми става чрез механизма на конкуренцията - осигуряване на по-желани, по-качествени, по-достатъчни и по-ефективни стоки или услуги, в сравнение с конкурентите.

Напоследък все повече се налага становището, че проблемите на маркетинга в здравеопазването изискват по-широк подход от стандартното тясно пазарното виждане. Напоследък се смята, че в здравеопазването чисто пазарното преследване на ефективността може да работи срещу справедливостта. Свободната конкуренция в здравното осигуряване и здравната дейност може да предизвика появата на т.нар. пазарни дефекти в здравеопазването каквито са „морален риск” (морален хазарт), „селекция на риска” (избягване на риска), „неблагоприятна селекция” (подбор на платежоспособни пациенти) и т.н. При тези условия е очевидно, че може да нарасне относителният дял на неудовлетворените здравни потребности. Ето защо се очертава тенденцията за социален маркетинг. Според Ph.Kotler социално-етичният маркетинг е насочен преди всичко към реализиране на социален контрол върху пазара от гледна точка на дълговременна полза за обществото, адекватна на законността и морала.

В сферата на здравното осигуряване тази тенденция е особено важна, като се има предвид, че продължава да се подценява необходимостта от информация за клиентите-пациенти и информираността на здравните мениджъри за самите пациенти – техните потребности, нагласи, очаквания и удовлетвореност. В условията на нашето здравеопазване внедряването на социално-етичен маркетинг е трудно, поради слабата или нелоялна конкуренция между отделните ЗОФ, която не е основана на сигурни критерии и информация за качеството на дейността и за дългосрочните ефекти от тази дейност. Бариера в тази насока е и доминирането на икономическото и технологично мислене. В съществуващите анализи на дейността на здравноосигурителните фондове продължава да се надценява икономическата ефективност и се подценява анализът на медицинската и социалната ефективност.

Преориентацията от класически търговски маркетинг към нов стил на социално-етичен маркетинг води до нарастване значението на информацията за здравните потребности като критерий за оценка на общата маркетингова култура в дадено лечебно заведение. Според някои становища главната обосновка за социално ориентиран маркетинг е липсата на гаранции, че чисто търговската конкуренция ще бъде достатъчно надежден регулатор на качеството на здравната дейност с нейната уникална мисия и специфични цели. Самата здравна система (лекарят) може да генерира и възпроизвежда здравните потребности на хората, респективно търсенето на медицинска помощ (т.нар. индуцирано търсене). Пример за това могат да бъдат свръххоспитализацията, ятрогенитата, свръхтехнизацията на медицинската помощ, дублиращи се или необосновани лабораторни изследвания и други.

Пациентите възприемат различните здравноосигурителни фондове и лекарите не винаги конкретно. Нужно е всеки ЗОФ да покаже на своите клиенти (пациенти) с какво се различава от другите и да докаже доколко съвпадат очакванията и претенциите на пациентите с качеството на предлаганите здравни услуги.

Именно ЗОФ трябва да окаже нужната подкрепа, информация и ориентация на пациента да вземе правилните решения относно своето здраве, диагностични и лечебни процедури.

За анализ на обществено мнение в методичен аспект е нужно събирането и компетентното анализиране на първичната социологична информация по редица показатели: информираност на населението за целите, задачите и възможностите на определени сектори от здравната система, в случая ДЗО; обществените очаквания от въвеждането на нови организационни подходи на здравното обслужване; обществена оценка на достатъчността на финансовите ресурси; удовлетвореност от организацията и качеството на медицинските услуги; препоръки за подобряване на медицинското обслужване и др. В тази насока е необходимо изграждането на надеждна информационна база за мониторинг и оценка на общественото мнение за състоянието и промените в системата на ДЗО. За осигуряване на обществена подкрепа ДЗО се нуждае от обновена комуникационна политика.

Цената на здравеопазването през годините нараства, но финансовата тежест се измества не към обществените средства, както е в развитите европейски страни, а към домакинствата. Докато публичните (солидарни) разходи за здравеопазване за средния европейец са 73% от общите разходи, то за българския гражданин те са 60%, което прави нашата здравноосигурителна система по-малко солидарна от европейските. Кешовите

плащания Очевидно е, че за здравноосигурителния пазар в нашата страна понастоящем и в близкото бъдеще се очертава доста сложна ситуация, поради многото въпросителни около неговата законова регламентация и статута на здравноосигурителните дружества - фактори, които влияят негативно върху всички аспекти на дейността и пречат на съставянето на реалистични прогнози за развитие. Независимо от трудностите обаче, управленските инициативи в този сектор през последните години са сериозни и чрез тях в значителна степен се преодоляват редица обективни пречки от нормативно естество.

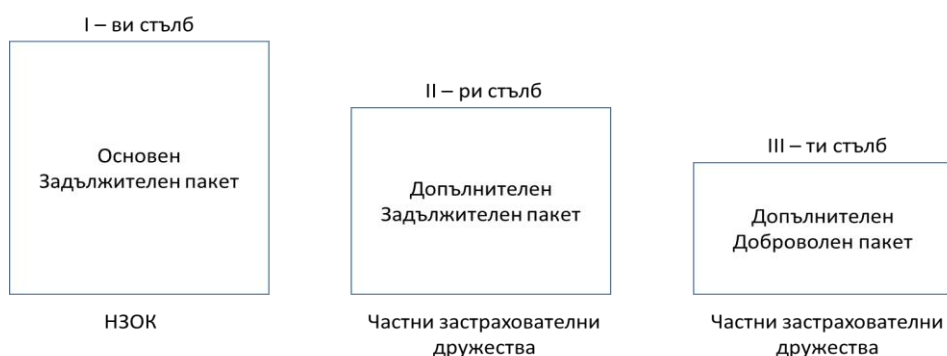
В света няма универсална здравна система. Считаме, че икономически *най-подходящ за нашата здравна система е смесен модел*, при който да имаме от една страна НЗОК, осигуряваща определен минимален, основен пакет здравни услуги и стоки, който се заплаща 100% от Държавата и от друга страна втори стълб – допълнително задължително здравно застраховане, предоставящо пълно или частично покритие на услуги, които са изключени или не са изцяло покрити от публичната задължителна здравноосигурителна система. Възможно е разпределение на задължителната здравноосигурителна вноска в определен процент между НЗОК (покриваща минималния задължителен пакет) и частните общо и животозастрахователни дружества (покриващи задължителния разширен здравен пакет). Така ще се увеличи контролът върху разходването на средствата от страна на дружествата, а лицата ще имат право на свободен избор и смяна на дружество.

От трета страна, да имаме трети стълб – доброволно здравно застраховане, което да е предназначено за лица, които искат да покрият или получат здравни услуги и стоки, непокрити от другите два стълба. То ще е предназначено предимно за лица с високи доходи, и ще се развива по пътя на доброволното застраховане. Здравното застраховане трябва да се разглежда вече като средство за обезпечаване на необходимата здравна помощ за населението, а не само като механизъм за повишаване доходите на изпълнителите на медицинска помощ.

Концепцията за модела на здравно осигуряване задължително трябва да премине през обществен дебат и консенсус с участието на широки обществени групи – професионални, съсловни, пациентски, експертни и др. Независимо какви промени ще се направят и как биха изглеждали, те трябва да са подчинени на медико-статистически, финансови и актюерски разчети, за да се преценят ползите и вредите от всяка една от тях и да се приложи оптималният модел. Промените следва да имат една

цел – подобряване на здравето, благополучието и повишаване средната продължителност на живот на българските граждани.

Основният въпрос, на който се дава еднозначен отговор в този модел на промени в системата за здравно осигуряване е, че доброволното здравно осигуряване е част от системата за социално осигуряване и систематичното място на всякакви законови промени, които се отнасят до него, е в Закона за здравното осигуряване. По този начин се запазва единството на здравноосигурителната система, задължителното и доброволно здравно осигуряване се разглеждат като части на общата здравноосигурителна система.



Предлаганите промени трябва да включват достатъчни гаранции относно финансовата стабилност на дружествата за доброволно здравно осигуряване, като увеличението на уставния капитал е съразмерно на осигурителния риск и финансовия ресурс, който се очаква да бъде управляван от тях. Финансовата стабилност на дружествата за здравно осигуряване зависи не само от размера на основния капитал, а и от правилно изчисления осигурителен риск и разумното управление на средствата.

Чрез промяна на модела на здравното осигуряване, трябва да се върви към постепенна демонополизация на НЗОК чрез въвеждане на допълнително задължително здравно осигуряване, чрез което да бъде финансиран пакет от здравни услуги, надграждащ основния. Съдържанието на пакета следва да се определи на база приоритети и размер на средствата, с които ще се финансира. В него могат да бъдат включени: директен достъп до някои специалисти в извънболничната медицинска помощ; консумативи за болнична помощ, които не се покриват в основния пакет; реимбурсиране на медикаменти за редки заболявания и др.

След доказване на обществените ползи от прилагането на този модел може да се върви към сливане на двата пакета здравни услуги по задължителното осигуряване и

поемането им от частните здравноосигурителни дружества или НЗОК по избор на осигуреното лице.

Предимствата на модела се изразват в следното:

-Създава се пазарна среда на здравни услуги; Осъществява се конкуренция между здравноосигурителните дружества, която ще доведе до предлагане на нови услуги, повишаване на качеството им, регулация на цените; Упражняване на много по-строг контрол върху разходите и качеството на здравните услуги; Условия за допълнителни финансови постъпления в здравната система чрез финансиране на допълнителен пакет от здравни услуги; Целево и рационално използване на финансовите ресурси за здравните услуги от здравноосигурителните дружества; Оптимизиране мрежата от здравни заведения, която ще работи при пазарни условия и конкуренция между здравноосигурителните дружества; Възможност за директно въздействие на потребителите на здравни услуги върху здравноосигурителното дружество - осигурените лица могат да се прехвърлят в здравноосигурително дружество, което предлага и гарантира по-качествени услуги;

При този вариант на промени се доразвива настоящият модел като ясно се дефинират и остойностяват три пакета здравноосигурителни продукти:

- Основен задължителен - покрива се от НЗОК;
- Допълнителен задължителен (надграждащ основния) - покрива се от лицензирани частни здравни осигурители, които отговарят на определени критерии за опериране с обществени средства;
- Доброволен (надграждащ първите два пакета) - покрива се от лицензирани частни здравни осигурители.

След анализ и доказване на ползите от прилагането на този модел може да се върви към сливане на двата пакета здравни услуги по задължителното осигуряване и поемането им от частните здравноосигурителни дружества или НЗОК на базата на свободния избор на осигурените лица.

Анализът на мнението и удовлетвореността на клиентите на ЗОФ не е самоцел, а значима обективна потребност. Подобен анализ е задължително условие за по-добро познаване на промените в пазара на доброволното здравно осигуряване, за повишаване на качеството на здравното обслужване и за по-висока конкурентоспособност на всеки ЗОФ. Редовният мониторинг на мнението и удовлетвореността на пациентите-клиенти може да повиши тяхната причастност към мисията и проблемите, които решава ЗОФ във всеки един момент.

Тези нови аспекти в комуникационната политика са от съществено значение за общата стратегия и политика на развитие на всеки здравноосигурителен фонд за доброволно здравно осигуряване.

В бъдещия стил на управление на ЗОФ следва да се включи, като задължителен елемент, информацията за динамиката на обществените нагласи, отношения, очаквания и удовлетвореност на здравноосигурените лица.

В досегашната управленска практика на здравеопазването, въпреки че ролята на информацията се осъзнава и оценява сравнително добре, е очевидно крайното подценяване на социологическата информация. Ето защо считаме, че в модела за бъдещото управление на ЗОФ този тип информация трябва да заема своето адекватно място.

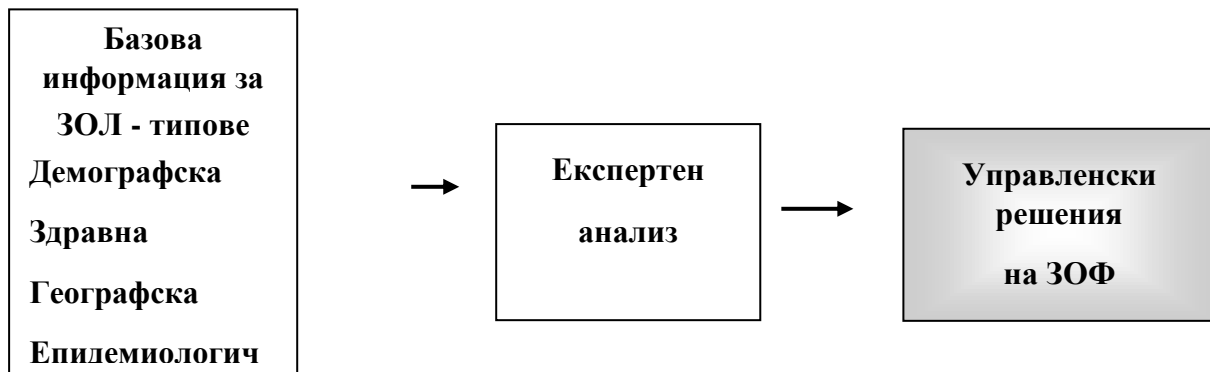
Социологическата информация, необходима за мониториране на общественото отношение и удовлетвореност, има редица специфики, които следва да се вземат под внимание, с оглед нейната достоверност. За да се намали степента на субективни отговори, първичната информация може да се събира чрез *съчетание* на анонимна анкета и интервю, а в известни случаи и с групови дискусии и конференции.

За динамично наблюдение е целесъобразно анкетирането и интервюирането да се провеждат минимум един път годишно, а с новоосигурените контингенти – един път в полугодие. Важен момент е обратната информация за резултатите от анкетата, която следва да се дава на анкетираните лица.

За да се избегне едностранчивото обосноваване на управленските цели и решения, информацията от социологическите проучвания трябва да бъде интегрирана, неделима част от единната информационна система на ЗОФ и да се интерпретира комплексно заедно с останалите типове получена информация (**Фигура 46**). Необходимо е изграждане на интегрирана информационна система на фонда, обединяваща широка гама от аспекти, които допринасят за правилно асимилиране на информацията. Тук важно място заема и интернет страницата на компанията, както и кол-центърът - основно звено за обратна връзка с клиентите на фонда.

Необходимо е да се осигури агрегиране на информацията от различните информационни потоци и на различните нива на управление на ЗОФ. В тази насока конкретни ангажименти се изискват и от регионалните структури (офиси) на всеки един здравноосигурителен фонд. Събраната първична информация изисква компетентна обработка и експертен анализ, за да могат да се очертаят основните

проблеми и тенденции в отношението, нагласите и удовлетвореността на доброволно здравноосигурените лица..



Фиг. 4 Типове информация и мястото на социологическата информация за мониторинг на общественото мнение.

Разгледани са типовете информация и мястото на социологическата информация за мониторинг на общественото мнение.

Целта е постигане на максимално обективен, безпристрастен мониторинг и оценка на общественото мнение, с оглед повишаване качеството и ефективността на доброволното здравно осигуряване

Прецизното реализиране на този процес е гаранция за осигуряване на надеждна **информационна** база за мониторинг и за управленски решения на ЗОФ на оперативное и стратегическо ниво, което от своя страна е условие за неговото устойчиво бъдещо развитие.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗВЪРШЕНОТО ПРОУЧВАНЕ

Характеристиката, структурата, задачите и дейността на един от доброволните здравноосигурителни фондове в България ДЗИ ЗО АД е представителна за доброволния сектор на здравноосигурителния пазар в страната.

Изборът на този фонд е типологичен и е мотивиран от продължителната управленска позиция в него на автора на настоящето изследване, респ. детайлното познаване на развитието, трудностите и проблемите на фонда през последните няколко години.

“ДЗИ – Здравно осигуряване” АД (“ДЗИ-ЗО” АД) е учредено през 2000 г. с предмет на дейност доброволно здравно осигуряване. Главни акционери от учредяването му са ДЗИ „Животозастраховане” АД и ДЗИ „Общо застраховане” АД. От 2007 година двете застрахователни дружества са собственост на белгийската финансова група КВС.

През 2003 година дружеството получава лиценз за доброволно здравно осигуряване от Агенцията за застрахователен надзор за здравноосигурителните пакети: „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване”, „Извънболнична медицинска помощ”, „Болнична медицинска помощ”, „Комплексна медицинска помощ” и „Медицински транспорт”. От 2005г. дружеството предлага и новите здравноосигурителни пакети – „Дентална помощ”, „Допълнителни здравни услуги и стоки”.

Предимство на ДЗИ ЗО АД е богатата клонова структура в страната. Управлението на фонда е базирано в гр. София, а в страната се използва клоновата мрежа на ЗАД ДЗИ по региони. Този регионален подход в структурата и управлението дава възможност за пряк контакт с клиентите на дружеството в цялата страна, сключване на здравноосигурителни договори, договори с лечебни заведения, както и обслужването на осигурените лица - приемане на заявления за възстановяване разходи, обработка и изплащане на одобрените суми в самите офиси на фонда.

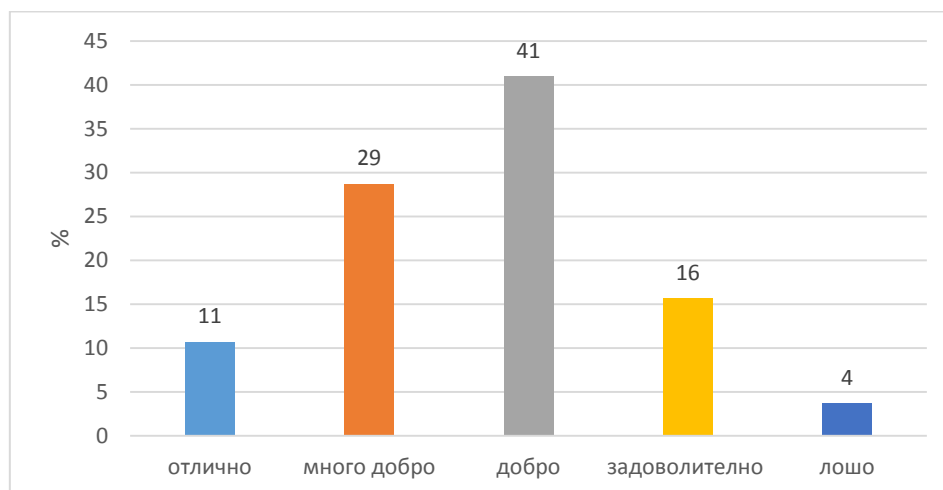
В заключение, предложенията на “ДЗИ - Здравно осигуряване” АД към неговите потенциални клиенти, като цяло са ориентирани към комплексни здравноосигурителни решения (включително пакети “Профилактика” и “Дентална медицина”), със засилен елемент на съдействие и подкрепа от страна на Дружеството и групата ДЗИ, защита правата на клиентите, се явяват като допълнение на нивото на обслужване и качество на медицинските услуги, предоставяни от държавната здравна система.

Първоначално през 2007 година е проведено гнездово пилотно проучване на работещи в „Кока кола-ХБК“, България в Костинброд, за които работодателят е обезпечил допълнително здравно осигуряване, с цел да се осигурят някои обобщени данни, които след това се допълнят и съпоставят чрез едно последващо по-детайлно анкетиране чрез разширен въпросник

6.1 Проучване на качеството на медицинското обслужване..

През Януари 2013 година е проведено проучване за оценка на качеството на медицинското обслужване на работещи в „Кока кола-ХБК“ в няколко града в България. Избрани са градове, в които „Кока кола-ХБК“ има центрове за дистрибуция в страната (без Стара Загора и Сливен): София-град, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Търговище и Костинброд. От раздадените 200 въпросника, попълнени бяха 193 (response rate 96,5%). Респондентите са както следва: София – 56; Бургас – 40; Варна – 30; Пловдив – 26; Костинброд – 18; Търговище – 15; Плевен – 8. Поради малкия брой респонденти, не е извършено сравнение на отговорите по пол и възраст. Използвана е анонимна анкетна карта с 10 въпроса, от които 9 със структурирани отговори и един отворен. Целта бе да се осигурят някои обобщени данни, които след това се допълнят и съпоставят чрез едно последващо по-детайлно анкетиране чрез разширен въпросник.

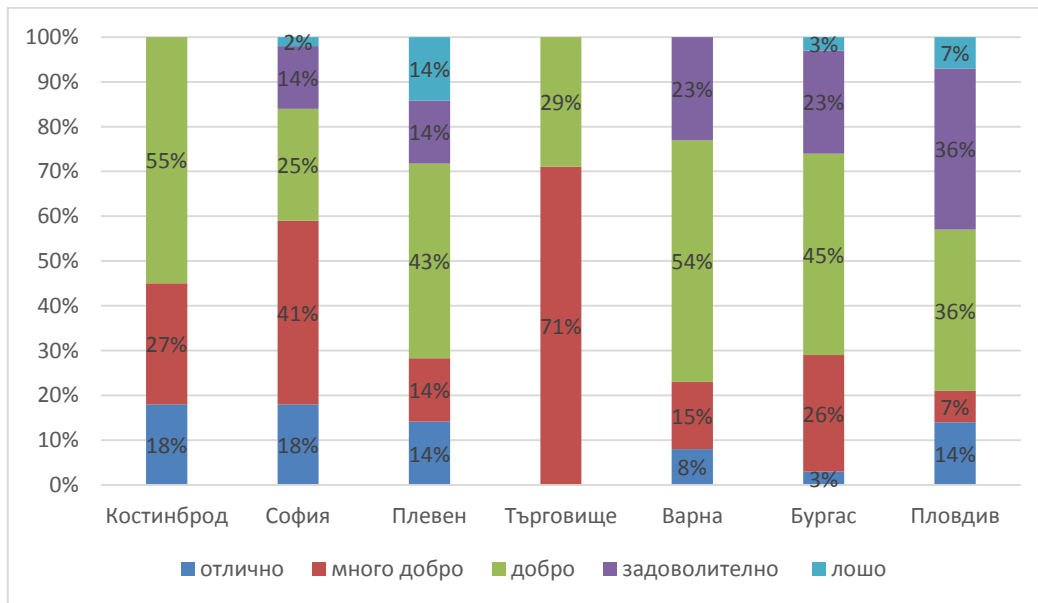
На Фигура 5 е представена оценката на медицинското обслужване – преглед при специалист, средно за всички анкетирани, а на Фигура 6 е представена оценката по отделни градове.



Фигура 5 .Оценка на медицинското обслужване – преглед при специалист

От Фигура 5 е видно, че преобладаващата оценка на медицинското обслужване в частност преглед при специалист, е много добра (29%) и добра (41%). Сравнително

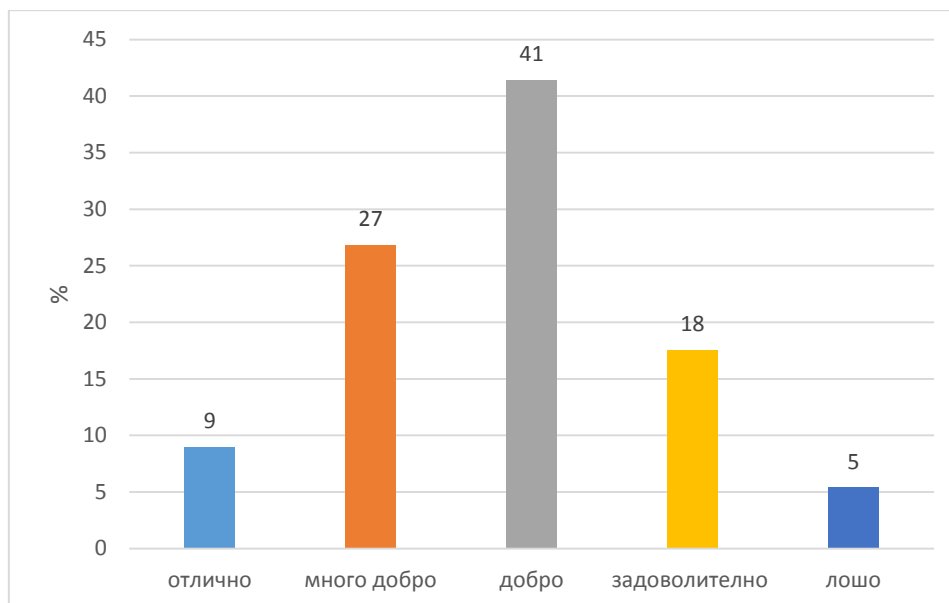
нисък е дялът на тези, които дават отлична оценка (11%). Още по-нисък е дялът на тези, които оценяват медицинското обслужване - преглед при специалист, като лошо (4%).



Фигура 6. Оценка на медицинското обслужване – преглед при специалист – по градове

От Фигура 6 е видно, че отлична оценка дават сравнително малък дял (14 – 18%) от респондентите от Костинброд, София, Плевен и Пловдив. Най-голям дял с лоша оценка е от респондентите в Плевен (14%) и Пловдив (7%). При изчисляване на средната оценка от респондентите по шестобална система, най-висока оценка са дали респондентите от Търговище, а най-ниската – респондентите от Варна.

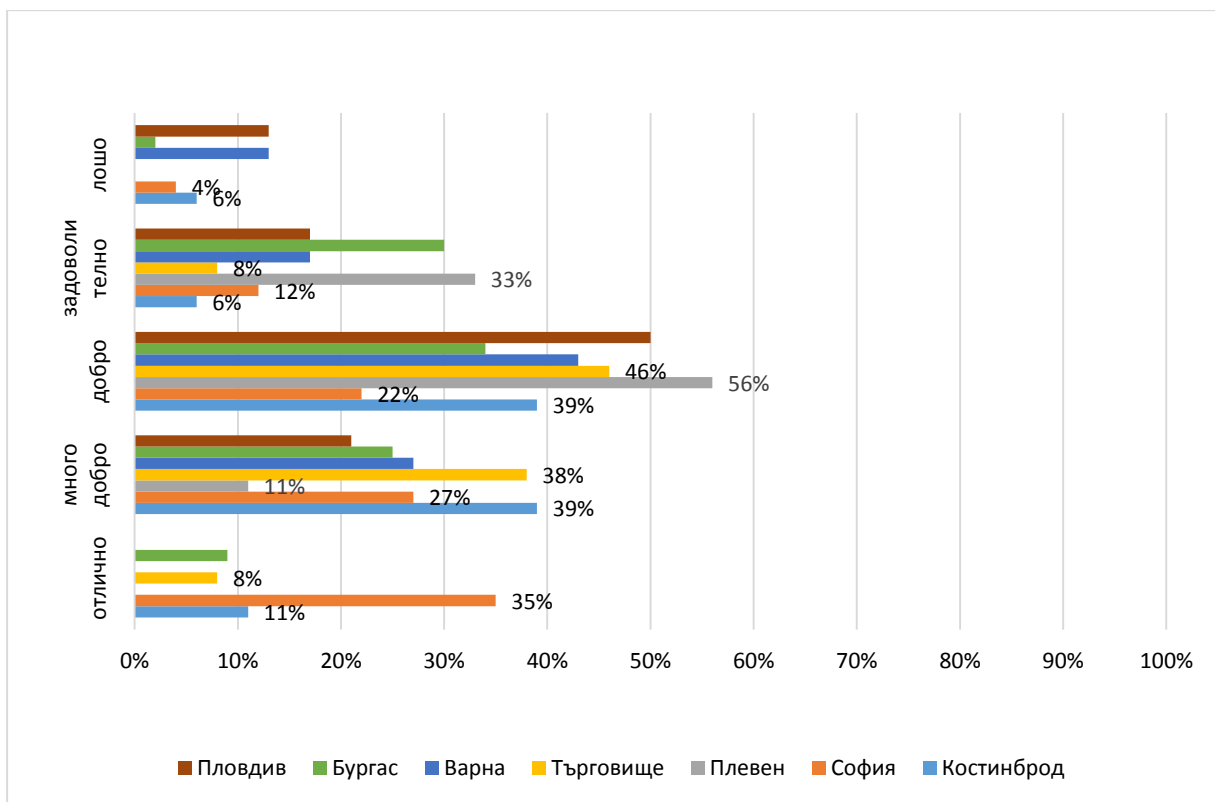
На Фигура 7 е представена оценката на медицинското обслужване – профилактичен преглед, средно за всички анкетирувани, а на Фигура 8 - оценката по отделни градове.



Фигура 7. Оценка на медицинското обслужване – профилактичен преглед

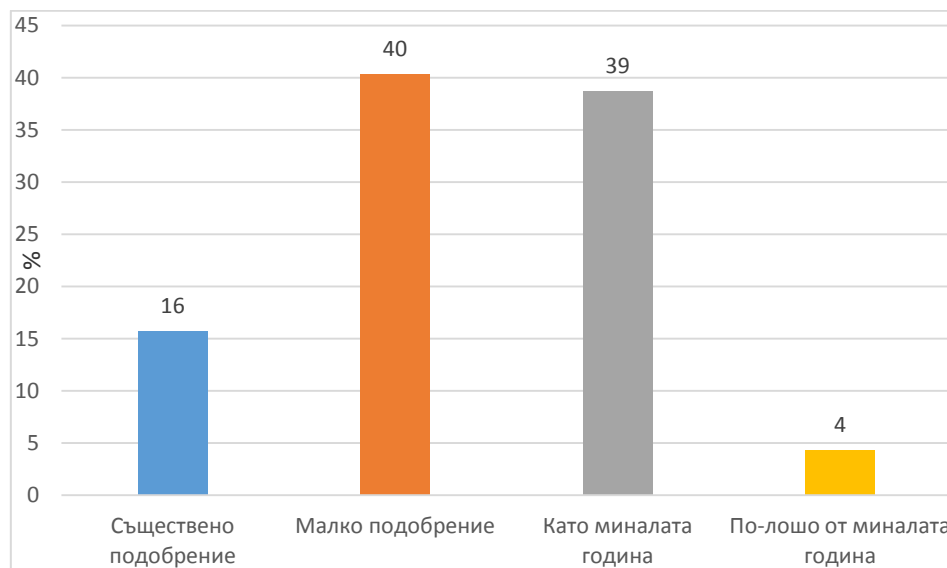
Видно е, че преобладаващата оценка на медицинското обслужване в частност профилактичен преглед, е също много добра (27%) и добра (41%). Сравнително нисък е дялът на тези, които дават отлична оценка (9%). Още по-нисък е дялът на тези, които оценяват медицинското обслужване - преглед при специалист като лошо (5%).

От Фигура 5 е видно, че отлична оценка дават респондентите от София (35%) и тези от Костинброд (11%), Бургас (9%) и Търговище (8%). Най-голям дял с лоша оценка е от респондентите във Варна (13%) и Пловдив (13%). При изчисляване на средната оценка от респондентите по шестобална система, най-висока оценка са дали респондентите от София, а най-ниска – респондентите от Плевен (Таблица 35).



Фигура 8. Оценка на медицинското обслужване – „профилактичен преглед“ - по градове

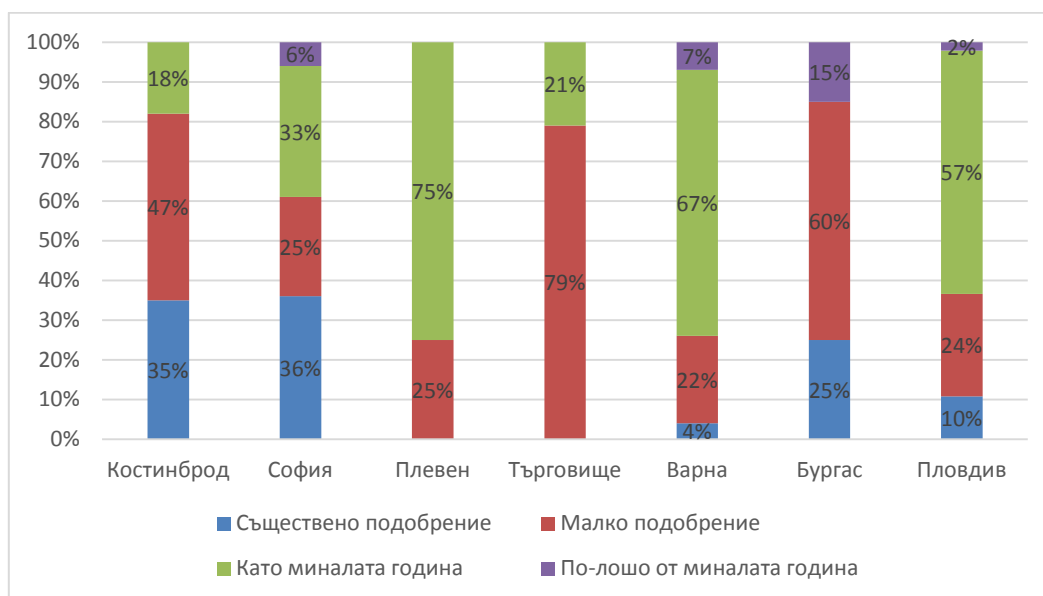
Оценката на качеството на медицинското обслужване като цяло не се различава от оценката на прегледите при специалист и профилактичните прегледи. Средните оценки са представени в Таблица. Най-висока оценка дават респондентите от София, а най-ниска – респондентите от Пловдив.



Фигура 9. Оценка на качеството на медицинското обслужване, като цяло, през 2013, в сравнение с 2012 година

На Фигурата 9 е представена оценката на качеството на медицинското обслужване, като цяло, през 2013, в сравнение с предходната 2012 година. Видно е, че основната част от респондентите считат, че качеството на медицинското обслужване като цяло е малко по-добро (40%) или като миналата година (39%). Само малка част (16%) от респондентите считат, че има съществено подобрене в качеството на медицинското обслужване.

На следващата **Фигура10** е представена оценката на качеството на медицинското обслужване като цяло през 2013 в сравнение с предходната 2012 година за различните градове. Съществено подобрене отчитат около една трета от респондентите от София (36%) и Костинброд (35%) и една четвърт от респондентите от Бургас (25%). Никаква разлика не намират респондентите от Плевен (75%) и Варна (67%).



Фигура 10. Оценка на качеството на медицинското обслужване, като цяло, през 2013, в сравнение с 2012 година по градове

Обобщените резултати от проучването за оценка на качеството на медицинското обслужване показват, че преобладаващият дял от здравноосигурените лица имат висока степен на удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване (главно на територията на Търговище, София, Плевен и Бургас). Анкетираните считат, че качеството на медицинското обслужване се е подобрило в сравнение с предшестващата година.

В проучването са включени и други въпроси (стоматологично обслужване, заверка на здравни книжки, лабораторни изследвания), които не променят получените резултати.

6.2 Проучване на информираността на осигурените лица относно същността и възможностите на ДЗО и удовлетвореността от използването на ДЗО

Проучването за оценка на качеството на медицинското обслужване беше насочено само към оценка на качеството на медицинските услуги. Използвани бяха ограничен брой въпроси, в резултат на което резултатите са по-спонтанни и по-малко критични. Това ни даде основание да считаме, че е нужна много специална и прецизна предварителна подготовка на провежданите анкети сред обслужваните клиенти, като специално внимание се отдели на формулирането на въпросите и отговорите в анкетната карта. Проведената след това по-обстойно подготвена анкета с нов въпросник потвърждава това наше становище.

При изследването на информираността на осигурените лица, относно същността и възможностите на ДЗО, общият брой на анкетираните лица е 490 души. Анкетата бе проведена в периода май – юни 2013 година в офисите на ДЗИ ЗО. Броят на мъжете и жените е относително равен, с лек превес на мъжете. Данните от анкетата свидетелстват за определени пропуски в информираността на населението за същността и възможностите на доброволното здравно осигуряване (Таблица 3).

Таблица 3. Степен на информираност за същността и възможностите на доброволното здравно осигуряване

Степен на информираност	Мъже		Жени		Общо	
	Абс.брой	%	Абс.брой	%	Абс.брой	%
<i>Добре информиран</i>	31	12,3	24	10,1	55	11,2
<i>По-скоро информиран</i>	34	13,5	28	11,8	62	12,7
<i>По-скоро неинформиран</i>	90	35,7	101	42,4	191	39,0
<i>Неинформиран</i>	97	38,5	85	35,7	182	37,1
<i>Всичко</i>	252	100,0	238	100,0	490	100,0

Добре и относително информирани са около една четвърт (23,9%), а „неинформирани” и „относително неинформирани” са по-големият дял от анкетираните лица. Въпреки че разликата не е статистически значима ($p > 0.05$), прави впечатление, че по този въпрос сравнително по-добре информирани са мъжете (25,8%) от жените

(21,9%). Вероятно това е свързано с по-активния интерес и насоченост на жените към набавянето на информация по различни здравни проблеми от алтернативни източници, в сравнение с мъжете. Според нас, тези данни свидетелстват и за съществуващи общи слабости в информираността за здравната ни система, за процесите на промяната на здравното законодателство в страната ни, и по-специално за посочения по-горе недостатъчен публичен дебат и незадоволителна комуникационна и медийна политика в управлението на здравната реформа.

С оглед осигуряване на подкрепата на общественото мнение е необходимо да се активизира комуникационната политика на ЗОФ, като се разшири дейността по връзки с обществеността.

На Фигура 11 се вижда, че респондентите, които споделят, че не са и по-скоро не са информирани за възможностите, предоставяни от доброволното здравно осигуряване имат най-голям дял - 76%. Този притеснителен факт следва да бъде ясен знак за компаниите, занимаващи се с този вид дейност, че е необходимо да отделят по-сериозно внимание за информираността на контрагентите си, относно възможностите, предлагани от ДЗО. Само една много малка част от респондентите (11%) са посочили, че са информирани за ДЗО.

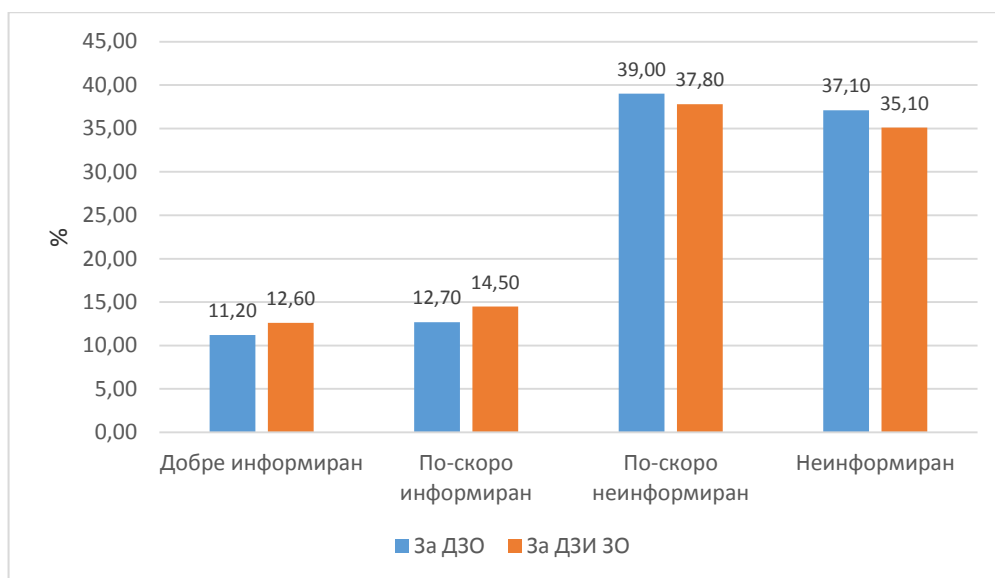


Фигура 11. Обща информираност на анкетираните за ДЗО

Въпреки че разликата не е статистически значима ($p > 0.05$), тук също се потвърждава по-голямата информираност на мъжете, спрямо жените при различни степени на информираност. За съжаление общата пълна информираност е сравнително ниска - 12,6%, срещу пълната липса на информация - 35,1%.

На Фигура 12 е представено сравнението на общата информираност на респондентите въобще за ДЗО и конкретната информираност за ДЗИ ЗО (ЗОФ). Като положителен факт се отчита споделяне, от страна на респондентите, че в по-голяма степен са информирани за дейността на ДЗИ ЗО, в сравнение с общия сегмент.

Това показва, че все пак е свършена основната дейност от сътрудниците на ДЗИ да информират своите клиенти за пакета от здравни услуги, който са си закупили.



Фигура 12. Сравнителни данни за общата информираност за ДЗО и конкретната информираност за ДЗИ ЗО (%)

В Таблица 4 са представени резултатите от отговорите на въпроса „Доколко по Ваша преценка обществеността е информирана относно характера, възможностите и качеството на медицинската помощ, която може да се предостави чрез ДЗИ ЗО?“

Таблица 4. Обобщена оценка на обществената информираност за конкретния здравноосигурителен фонд

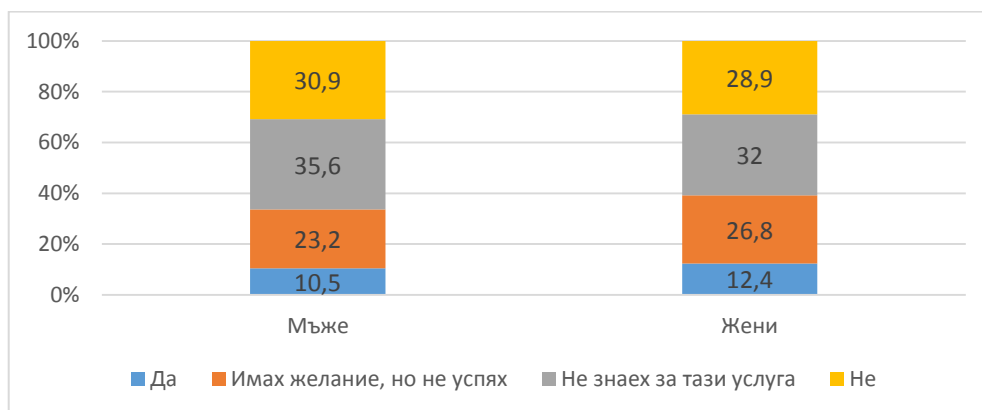
Информираност	Абс. брой	Процент	Кумулативен процент
Информирана	72	14,7	40,2
По-скоро информирана	125	25,5	
По-скоро неинформирана	177	36,1	59,8
Неинформирана	116	23,7	
Всичко	490	100,0	100,0

Повече от половината анкетирани лица (59.8%) считат, че обществеността не е достатъчно информирана относно характера, възможностите и качеството на медицинската помощ, която може да се предостави чрез ДЗИ ЗО. Вероятно това се дължи на относително ограничената комуникационна политика на дружеството, което налага да се активизира и разшири дейността по връзки с обществеността.

Структурирането и управлението на един единствен здравноосигурителен портфейл ограничава значително опциите да се защитят ефективно интересите на хората от различните възрастови групи. Рисковете за тях, в дългосрочен и краткосрочен период, са от различен характер и предполагат допълнителни инвестиции, за да се максимализира нивото на тяхното покритие.

Медицинската услуга „Право на второ лекарско мнение” е важно условие и критерий за по-широк избор и по-високо качество на здравното обслужване на осигурените лица. Тя е адекватна на практиката и тенденциите на здравеопазването в развитите европейски страни. У нас в системата на задължителното здравно осигуряване този тип услуга не се предвижда, а рядко се използва и в ДЗО. Ето защо включихме в нашето проучване и въпрос *Ползвахте ли услугата „Право на второ лекарско мнение”?*

От данните на Фигура 13 е видно, че макар и със сравнително нисък дял, медицинската услуга „Право на второ лекарско мнение” е използвана от доброволно здравноосигурените лица (10,5% от мъжете и 12,4% от жените). Същевременно по-голяма част от респондентите не са я използвали поради неинформираност или поради някои организационни трудности в процеса на медицинската помощ. Доброволно здравноосигурените лица е необходимо да се информират по-широко за предоставената им възможност да изберат и да ползват специалния тип медицинска услуга „Право на второ лекарско мнение”.



Фигура

13. Медицинска услуга „Право на второ лекарско мнение”

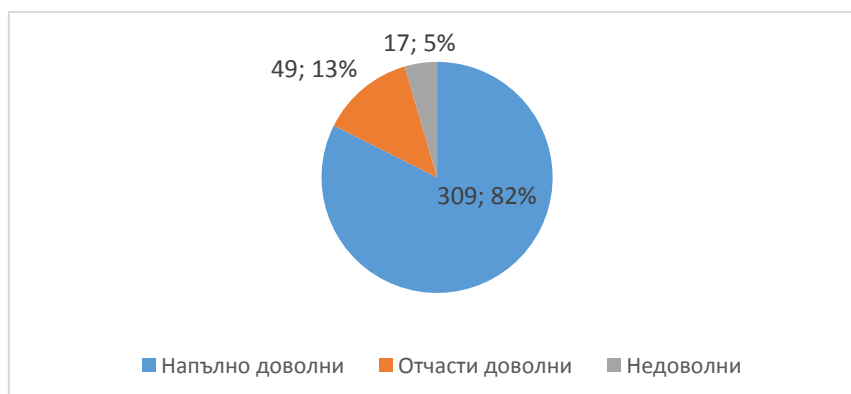
Отношението, нагласите и удовлетвореността на доброволно здравноосигурените лица в значителна степен зависят от съпадението на предварителните очаквания за допълнителното (доброволното) здравно осигуряване със следващите впечатления от него. Както може да се проследи в Таблица 5, при най-голям дял от анкетираните (70,9%) има съпадение на предварителните очаквания със сегашните. При малък дял от тях няма съпадение (17,6%). Причините за това трябва да се търсят комплексно – в някои от трудностите в процеса на медицинското обслужване, посочени по-горе, както и в степента на информираност на здравноосигурените лица относно пакета медицински услуги и други аспекти на ангажимента на ЗОФ. При неадекватно информиране е възможно да се формират съответно и нереалистични **максималистични очаквания** от целия процес на медицинско обслужване на доброволно здравноосигурените лица. Повишаването на степента на информираност може да се постигне с различни обучителни материали.

Таблица 5. Съпадение на предварителните очаквания за допълнителното (доброволното) здравно осигуряване със сегашните впечатления от него

Съпадение	Абс. брой	Процент
Съпадат изцяло	266	70,9
По-скоро съпадат	43	11,5
По-скоро не съпадат	47	12,5
Не съпадат	19	5,1
Всичко	375*	100,0

**Забележка: Броят на отговорилите на този въпрос -375, е по-малък от общия брой на анкетираните лица (490), поради това, че не всички са използвали конкретно услугите на ДЗО*

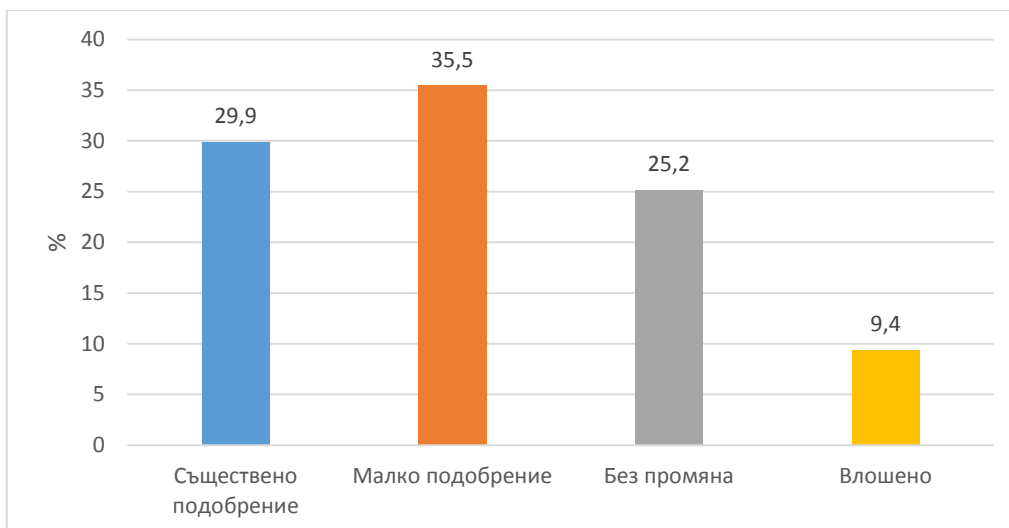
На Фигура 14 е отразена общата удовлетвореност от медицинското обслужване на осигурените лица. Относно оценката на работата на медицинските специалисти (екипа) в процеса на медицинското обслужване, анкетираните дават следните отговори: напълно доволни – 309, отчасти доволни 49, недоволни – 17 .



Фигура 14. Удовлетвореност от медицинското обслужване

По-конкретно, анкетираните пациенти са доволни от вниманието на клиниките, на специалистите и от офиса на ДЗИ ЗО в София, преценявайки, че с допълнителната здравна осигуровка **се избягва дългият престой пред лекарските кабинети и чакането за направления**. Цялостната оценка на удовлетвореността от медицинското обслужване е висока. Повече от 4/5 от анкетираните лица са напълно удовлетворени, известна част са частично удовлетворени и само 5% са неудовлетворени.

На въпроса „Имате ли забележки към обслужването на някое лечебно заведение (болница, медицински център)“ са дадени относително малко отговори – само от 36 души (7,3%). Отговорите са свободни и нестандартизирани, но дават известна насока за някои нерешени проблеми в ДЗО. Главната насока на критичните бележки се отнася до слабата информираност на лечебните заведения за доброволното здравно осигуряване, за ненавременна помощ от Спешните центрове и липсата на договор със специалистите в почивните дни. Изследователският екип анализира и оценката на анкетираните лица относно промяната в качеството на медицинското обслужване, в сравнение с предшестващата година. Данните, свързани с конкретния въпрос, са представени на Фигура 15. Значителен дял (35,5%) считат, че има подобрене в една или друга степен. Налице е и оценка за липса на промяна (25,2%), а малък дял от анкетираните (9,4%) смятат, че качеството е влошено. Това изисква по-специално проучване на причините за подобна незадоволителна оценка и поставя изискването в бъдеще ЗОФ да прецизира организацията на медицинското обслужване на осигурените лица с по-конкретна насоченост към ангажиментите и отговорностите на лечебните заведения и лекарите, с които има сключен договор.



Фигура 15. Оценка на промяната в медицинското обслужване спрямо предходната година

Потребителската удовлетвореност и нейното изследване са във фокуса на маркетинга и маркетинговите изследвания, провеждани от доброволните здравноосигурителни фондове през последното десетилетие.

Данните показват, че медицинските услуги, предоставяни от ЗОФ, се радват на одобрение и висока оценка от страна на анкетираните здравноосигурени лица. Положителен факт е, че две трети от респондентите са участвали в профилактичните прегледи, организирани текущо от ЗОФ (315 души или 64,2% от анкетираните). Анкетираните пациенти са доволни от вниманието на договорните партньори - болници и медицински центрове, на специалистите, работещи в тях и от офиса на ДЗИ ЗО в град София и страната, като преценяват, че с допълнителната здравна осигуровка, която имат, се избягва реденето пред лекарски кабинети и чакането за направления за специалист по НЗОК.

Проучването на потребителската удовлетвореност показва окуражаващи резултати, говорещи за силна позитивност от страна на респондентите.

За общата удовлетвореност и оценка на анкетираните съществена роля играе **Контакт центъра** на ДЗИ ЗО. Данните показват, че близо 4/5 от осигурените лица ползват услугите на Контакт центъра на ДЗИ – 389 души или 79,4%. Повечето от анкетираните (84,8%) са удовлетворени от работата на контактния център (Таблица 6)

Таблица 6. Удовлетвореност от получената от Контакт центъра информация, съдействие и качество на обслужването.

Удовлетвореност	Абс. брой	Процент
Да, напълно	330	84,8
Отчасти	40	10,3
Не	19	4,9
Всичко	389	100,0

На въпроса „Ползвате ли услугите на координаторите на ДЗИ в здравните заведения?“ са получени следните отговори: ”Да, напълно” (280); „Отчасти”; „Не”.

Тези данни свидетелстват за значителната роля на тези координатори, но същевременно фактът, че известен процент не ги ползват или ги ползват отчасти може да бъде сигнал за подобряване организацията на тяхната дейност по места.

Удовлетвореността от работата на координаторите на ДЗИ в здравните заведения е значителна (Таблица 7). Известна част от анкетираните не са удовлетворени и причините, които се посочват, са: формално отношение към проблемите на пациентите, недостатъчна комуникативност и експедитивност, затруднена обратна връзка в цялостния процес на оказване на медицинските услуги.

Таблица 7. Удовлетвореност от помощта, оказвана от координаторите на ДЗИ в здравните заведения

Удовлетвореност	Абс. Брой	Процент
Да, напълно	293	75,3
Отчасти	67	17,3
Не	29	7,5
Всичко	389	100,0

Специално внимание при анкетирането е отделено на въпроса за оценката на качеството на обслужване в офиса на ДЗИ ЗО (възстановяване на разходи за лекарства и прегледи и др.). Удовлетвореността от качеството на обслужването в тези офиси е дадена на Фигура 16. Около една трета от анкетираните (31%) не са напълно удовлетворени, поради следните причини: голямо забавяне при възстановяване на разходите за лекарства и преглед – „известно размотаване – днес, утре, след

седмица...”, забавяне на средствата до месец, при подаване на документи се изисква и документ по здравна каса (амб. лист, болнични), по отношение на рецептите се изисква да е стигнал точния брой таблетки, независимо че е описано напр. тримесечно лечение, системата е тромава и изисква много разход на време.

Очевидно е, че е необходимо да се подобри организацията на обслужването в офисите на ДЗИ ЗО.

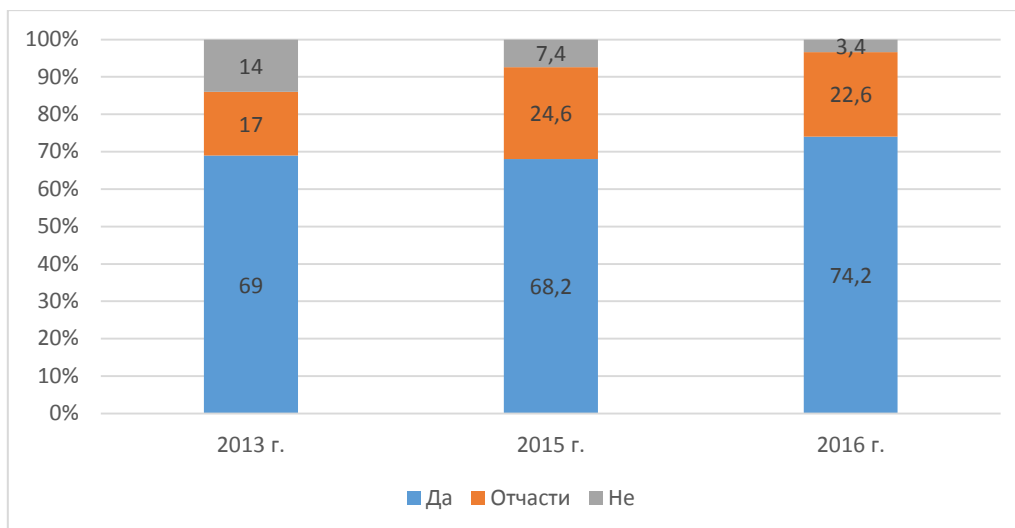


Фигура 16. Удовлетвореност от качеството на обслужване в офиса на ДЗИ (възстановяване на разходи за лекарства и прегледи и др.)

През 2015 и 2016 година в ДЗИ са проведени две изследвания по метода на NPS Net Promoter score за изследване на удовлетвореността на клиентите от качеството на обслужването в офиса на ДЗИ при медицинско застраховане (покриване на разходи, своевременно възстановяване на разходи за лекарства и прегледи, адекватно обслужване в лечебни заведения и др.). Използвано е интервю, проведено по телефон.

През месец май 2015 година са интервюирани 501 клиенти, подавали претенции в последните три месеца, включително и получили отказ. Делът на тези, които са удовлетворени от качеството на обслужването при използването на услугата „допълнителна здравна застраховка“ е 68,2%, неудовлетворени са 7,4%, а без мнение са 24,6%.

През месец юни 2016 година са интервюирани 401 клиенти, подавали претенции в последните три месеца, включително и получили отказ. Делът на тези, които са удовлетворени от качеството на обслужването при използването на услугата „допълнителна здравна застраховка“ е 74,2%, неудовлетворени са 3,4%, а без мнение са 22,6%.



Фигура 17. Удовлетвореност от качеството на обслужване в офиса на ДЗИ (2013 – 2015 г.)

От Фигура17 е видно, че удовлетвореността от обслужването леко нараства през 2016 година, спрямо предходните години, което може да се обясни с няколкогодишното използване на подобни здравноосигурителни / застрахователни пакети. От друга страна, забелязва се намаляване на дела на неудовлетворените клиенти, от 14% през 2013 година, до 7,4% през 2015 година и 3,4% през 2016 година, като разликата е статистически значима ($X^2 = 30,2$, $p < 0,001$).

Нашата хипотеза за намаляване на дела на неудовлетворените клиенти на ДЗО ЗО се потвърждава, което можем да приемем като повишаване на качеството и организацията на обслужването в офиса на ДЗИ ЗО.

Между мъжете и жените се установява статистически значима разлика в тяхната принципна оценка на доброволното здравно осигуряване като система. На въпроса: *Считате ли, че по принцип с доброволното здравно осигуряване се получава по-качествено и адекватно медицинско обслужване?*, жените дават по-висока оценка на ДЗО, в сравнение с мъжете ($p < 0,05$) (Таблица 8).

Таблица 8. Принципна оценка на доброволното здравно осигуряване

Отговори	Мъже		Жени		P	Общо	
	Абс.брой	%	Абс.брой	%		Абс.брой	%
Да	105	41,7	111	46,6	< 0,01	216	44,1
По-скоро да	45	17,9	48	20,2	< 0,05	93	19,0
По-скоро не	43	17,1	38	16,0	> 0,05	81	16,5

Не	17	6,7	13	5,5	> 0,05	30	6,1
Без мнение	42	16,7	28	11,8	< 0,05	70	14,3
Всичко	252	100,0	238	100,0		490	100,0

Въпрос: Считате ли, че по принцип с доброволното здравно осигуряване се получава по-качествено и адекватно медицинско обслужване?

Таблица 9. Оценка на възможностите на задължителното здравно осигуряване

Отговори	Данни от 2004 година	Наши данни		P	X ²
		Абс.брой	Процент		
Напълно достатъчно	17,1	72	14,7	0,039	4,241
По-скоро достатъчно	32,4	144	29,4	0,048	3,921
По-скоро недостатъчно	34,3	175	35,7	> 0,05	
Недостатъчно	16,2	99	20,2	0,031	4,638
Всичко	100,0	490,0	100,0		

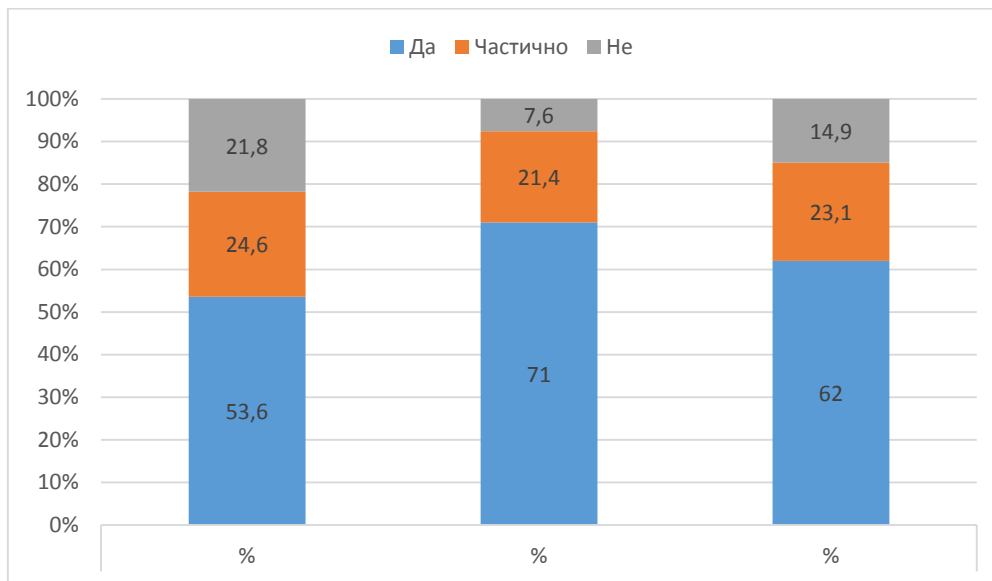
Сравнихме резултатите от въпроса, свързан с оценката на задължителното здравно осигуряване, получени от нашето проучване с подобен от проучване, проведено през 2004. От данните в Таблица 9 е видно, че 49,5% от респондентите считат, че задължителното здравно осигуряване е напълно или по-скоро достатъчно за получаване на пълноценна медицина помощ и този дял през 2013 година намалява на 44,1%, като разликата е статистически значима ($p < 0,05$).

Нашата хипотеза, че все повече български граждани считат, че задължителното здравно осигуряване не е достатъчно за получаване на пълноценна медицинска помощ при нужда, се приема.

Аналогично нараства дялът на онези, които считат, че задължителното здравно осигуряване е недостатъчно за получаване на пълноценна медицинска помощ, от 16,2% на 20,2%. Тази разлика също е статистически значима ($p < 0,01$). Очевидно, все повече български граждани считат, че само задължителното здравно осигуряване не е достатъчно и биха предпочели и друга форма на здравно обслужване.

На Фигура 18 се вижда, че значителна част от анкетираните лица не получават обратна информация (14.9%) или получават само частична информация (23.1%). Прави

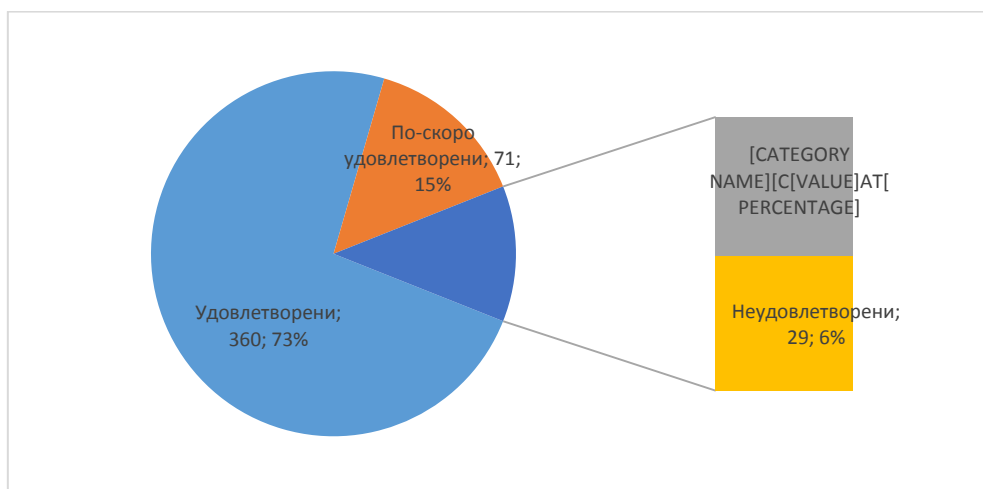
впечатление, че жените по-често получават обратна информация (71%), което вероятно се дължи на техния по-активен интерес към резултатите от прегледите.



Фигура 18. Обратна информация за резултатите от прегледа при мъжете и жените

С оглед повишаване на информираността на пациентите и на тяхното доверие към ДЗО е наложително в бъдеще да се регламентира като задължително условие след всеки профилактичен преглед да се предоставя изчерпателна информация на осигурените лица за резултатите от този преглед, както и дадените указания, ако има такива..

Според данните от анкетата **общата удовлетвореност** от провеждането на профилактичния преглед е доста висока (88%), което говори, че въпреки някои пропуски, организацията и ефективността на тези прегледи са на добро ниво (Фигура 19).

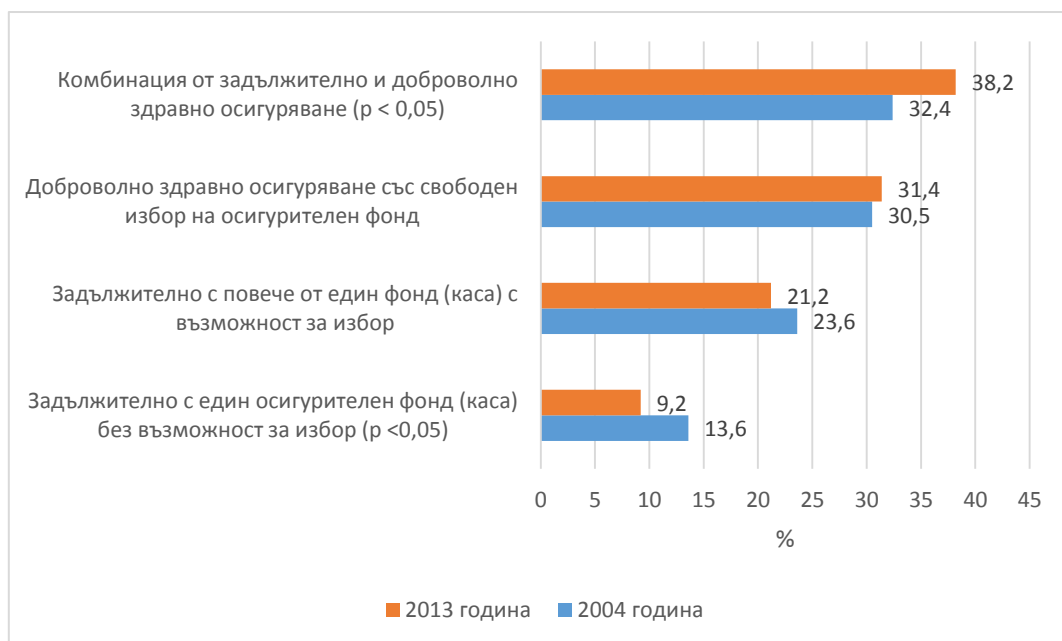


Фигура 19. Обща удовлетвореност от провеждането на профилактичния преглед

Нагласата и предпочитанието на анкетираните лица към определен тип здравно осигуряване са представени на Фигура 20. Тези резултати в значителна степен съвпадат с данните на проучването от 2004 година (В. Петков), но нашите данни в по-голяма степен демонстрират негативната оценка за задължителното здравно осигуряване. Намалява се делът на тези, които считат, че задължително осигуряване с един осигурителен фонд (каса), без възможност за избор, е достатъчно за гарантиране на пълноценна медицинска помощ (от 13,6% през 2004г, до 9,2% през 2013 година) и тази разлика е статистически значима ($p < 0,05$).

Увеличава се делът на онези, които считат, че комбинация от задължително и доброволно здравно осигуряване е добър избор за гарантиране на пълноценна медицинска помощ при нужда (от 32,4% през 2004 г., до 38,2% през 2013 г.) и тази разлика е статистически значима ($p < 0,05$).

Нашата хипотеза, че комбинация от задължително и доброволно здравно осигуряване е добър избор за гарантиране на пълноценна медицинска помощ при нужда, се приема.



Фигура 20. Предпочитан тип здравно осигуряване

Вероятно тези разлики се дължат на по-продължителния период на наблюдение на дейността на НЗОК, тъй като нашето изследване е проведено значително по-късно и са обхванати по-голям брой респонденти.

ИЗВОДИ.

Проблемите на доброволното здравно осигуряване в нашата страна са многобройни и с различен характер – нормативен, управленски, икономически, социологически, културен. В настоящото изследване насочваме вниманието главно към конкретни структурни, организационни и законодателни проблеми, с акцент върху социологически проблеми на ДЗО, свързани с информираността, отношението, мнението, нагласите и удовлетвореността на доброволно здравноосигурените лица. Комплексното представяне на проблема, като единство от исторически произход, предпоставки и фактори на развитието, анализ на сегашното състояние и бъдещи перспективи, е надеждна основа за формулиране на следните изводи:

1. Съществуват обективни предпоставки за въвеждането и развитието на ДЗО в страната: кризисното здравно-демографско състояние на нацията, преходното противоречиво развитие на здравната система, неотложната необходимост от реформи и устойчиво развитие и примерът на ДЗО в страните от Европейския съюз.

2. Функционирането на ДЗО у нас е свързано с редица трудности, които възпрепятстват разширяването му: нелоялна конкуренция, задължително здравно осигуряване, много високи обществени очаквания, в съчетание с недоверие към ДЗО, нестабилна икономическа ситуация в страната, юридически и данъчни несъобразности, монополно положение на НЗОК и други.

3. Тенденцията към развитие на доброволното здравно осигуряване в България е относително слабо изразена, главно поради подценяването на публичния дебат, на анализите на общественото мнение, нагласите, оценките и удовлетвореността на клиентите, както и подценяване на ползите от тяхното въвеждане .

4. Сравнителният анализ на пазара на ДЗО е важен инструмент в стратегията на сектора. Необходими са изследвания на пазарни дялове, обеми на премийния приход, структура на медицинските услуги, размер на изплатените обезщетения, технически резултати от дейността на дружествата (загуби и печалби, силни и слаби страни, възможности и заплахи за сектора на ДЗО).

5. Въвеждането на правила за управление на финансовия риск; ориентиране на основните дейности към високо качество на медицинските услуги, персонално отношение към клиентите, реален контрол на исковете, широк обем профилактична дейност, проучване на удовлетвореността на осигурените лица и текущи мерки за

контрол и подобряване на качеството са предпоставка клиентите на ЗОД да предпочитат предоставяните от него комплексни здравноосигурителни решения, като алтернатива на нивото на услугите от задължителното здравно осигуряване.

6. Въпреки наличието на редица обективни трудности пред ЗОД са налице позитивни тенденции: персонално отношение към проблемите на осигурените лица-ефективно работещ Контакт център, възможност за справки на осигурените лица чрез интернет, интегрирана информационна система, даваща информация за щетите на осигурените лица и лимити.

7. Проведената социологическа анкета сред пациенти-клиенти свидетелства както за позитивни резултати, така и за нерешени проблеми и трудности.

8. ДЗО по договор със ЗОФ се ползва главно по рисковете: извънболнична, болнична помощ и лекарства и рядко по риска „право на второ лекарско мнение”. Това показва необходимостта от по-добро информирание на клиентите относно този риск.

9. Социално-етичният маркетинг е важен инструмент за осведомяване относно здравните потребности, нагласи, очаквания и оценки на пациентите - клиенти.

10. Изследването показва, че предпочитаният тип здравно осигуряване е смесен тип здравно осигуряване.

11. Здравноосигурените лица в системата на ДЗО имат висока степен на удовлетвореност от качеството на медицинските услуги, но не са добре информирани за същността и възможностите на ДЗО. Това е свидетелство за ограничената комуникационна политика и необходимост от разширяване на връзките с обществеността.

12. Много добре и относително добре информирани са около една четвърт (23,9%), а неинформирани и относително неинформирани са по-големият относителен дял от анкетираните лица. Мъжете (25,8%) са по-добре информирани, в сравнение с жените (21,9%).

13. Анкетираните лица посочват следните трудности при реализиране на медицинското обслужване: бавно изпълнение на диагностичните изследвания, затруднен контакт с лекарите-специалисти и общия процес на медицинското обслужване, обратна връзка с координаторите от ЗОФ, наличие, макар и малък процент, на непредвидени финансови разходи, трудности с транспорта и други.

14. Медицинската услуга „Право на второ лекарско мнение” е важно условие и критерий за по-широк избор и по-високо качество на здравното обслужване на осигурените лица, но у нас в системата на задължителното здравно осигуряване този

тип услуга не се предвижда. Правото на второ лекарско мнение се използва от доброволно здравноосигурените лица сравнително рядко. Основна причина за слабото използване на тази услуга е липсата на информираност или някои организационни трудности.

15. Най-голям е дялът на анкетираните (70,9%), при които има съвпадение на предварителните очаквания от ДЗО с получената здравна помощ. При 17,6% няма съвпадение, което се дължи както на някои от трудностите в процеса на медицинското обслужване, така и на неадекватна информираност за пакета медицински услуги.

16. Цялостната оценка на удовлетвореността от медицинското обслужване, въпреки трудностите, е доста висока. Относително по-ниска е удовлетвореността от дейността на координаторите на ЗОФ в конкретните лечебни заведения. Добра е удовлетвореността и от провежданите профилактични прегледи.

17. По отношение ангажираността на работодателя в доброволното здравно осигуряване мненията на анкетираните са: по принцип работодателят би следвало да осигури и доброволно (допълнително) здравно осигуряване – 34,9%, може би – 34,1% и не - 31,0%. Тези отговори свидетелстват за определено положително реалистично отношение към ДЗО, което не може да бъде ангажимент само на работодателя.

ПРЕПОРЪКИ

1. Необходимо е да се активизира комуникационна политика на ЗОФ, като се разшири дейността по връзки с обществеността, с цел осигуряване подкрепата на общественото мнение.

2. Нужна е целенасочена и реалистична рекламна кампания на дружествата за доброволно здравно осигуряване (брифинги, конференции, платени публикации и репортажи, издаване на печатни материали и брошури и целевото им разпространение), с фокус към формиране на позитивна нагласа у масовия потребител за сключване на договор за допълнително здравно осигуряване, като право и лична отговорност за собственото здраве.

3. Специално внимание следва да се отдели на обстойното информиране на доброволно здравноосигурените лица относно пакетите и възможностите, които предлага ЗОФ – параметрите на пакета услуги, правата и отговорностите на пациента, възможността за избор на специалния тип медицинска услуга „Право на второ лекарски мнение” и други.

4. В комуникационната дейност на ЗОФ е необходимо по-широко внедряване на съвременните технологии - записване за консултации на здравноосигурените лица чрез интернет и по-ефикасно използване на обратната връзка чрез контакт-центъра.

5. Нужно е ЗОФ да прецизира организацията на медицинското обслужване на здравноосигурените лица с по-конкретна насоченост към ангажиментите и отговорностите на лечебните заведения и на лекарите, с които фондът има сключен договор. Договори да се сключват само с лицензирани ЛЗ, които отговарят на критериите и изискванията на фонда и работодателите на осигурените лица.

6. Необходимо е да се направят рационални промени в здравноосигурителния пакет с включване на пакет „Дентална помощ”, а също и разширяване на мрежата от лечебни заведения извън областните градове, подобряване на организацията на обслужването в офисите на ЗОФ, както и подобряване на работата с координаторите на фонда.

7. Да се разшири обсегът на провежданите профилактични прегледи и да се включат по-широк спектър от лекари-специалисти, в зависимост от конкретната ситуация, проблеми и профила на дейността, например, алерголози, кардиолози, уролози, психиатри, диетолози и други.

8. С оглед повишаване на информираността на пациентите и на тяхното доверие към ЗОФ е наложително в бъдеще да се регламентира като задължителен елемент, след всеки профилактичен преглед да се предоставя изчерпателна информация на осигурените лица за резултатите от този преглед, както и направените препоръки (ако има такива).

9. Необходимо е изграждане на надеждна информационна база за динамичен мониторинг и оценка на общественото мнение за състоянието и промените в ДЗО, в рамките на която да се интегрират информационните потоци за общественото мнение на регионално, общинско и локално ниво. За целите на този мониторинг да се регламентира ежегодно анонимно анкетиране на здравноосигурените лица по изчерпателен въпросник (вариант на такъв е предложен в приложението).

10. Наложителни са някои промени в законовата база, с цел стимулиране на развитието на доброволното здравно осигуряване, в частност - данъчни преференции при сключване на допълнително здравно осигуряване.

11. Насочване на системата на ДЗО към пациента и неговите специфични потребности, изисквания и нагласи, с оглед подобряване на взаимоотношението „доброволен здравноосигурителен фонд – потребител“, както и „доброволен здравноосигурителен фонд - работодател“, което ще доведе до по-адекватно обслужване и по-качествени медицински услуги. Пациентът трябва да е в центъра на системата.

ПРИНОСИ

1. Направен е исторически преглед на развитието на здравното осигуряване в света и в България и са очертани основните принципи и типове здравноосигурителна и здравнозастрахователна дейност.

2. За първи път е направен задълбочен анализ, включително и актюерски, на пазара на здравни услуги в Р. България, като ясно са дефинирани проблемите и предизвикателствата пред ДЗО за развитието му в България.

3. Доказана е ролята на информираността и ефективната комуникация при решаване проблемите на осигурените лица.

4. Подробно е описана ролята на „обратната връзка“ с клиентите на фонда за подобряване на качеството на обслужване и по-бързото отстраняване и решаване на възникналите проблеми, нещо, което липсва като елемент в комплексната грижа, предлагана от НЗОК.

5. Обоснована е необходимостта от изграждане на надеждна информационна база за динамичен мониторинг и оценка на общественото мнение относно състоянието и промените в ДЗО, в рамките на която да се интегрират информационните потоци за общественото мнение на регионално, общинско и локално ниво. За целите на този мониторинг се регламентира ежегодно анонимно анкетиране на здравноосигурените лица и здравните специалисти, реализиращи промотивни, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности в рамките на договорите .

6. Систематизирани са аргументи за потребността от въвеждане в практиката на услуга „Право на второ лекарско мнение“ или така познатото в развитите страни "second opinion", което липсва като услуга в дейността на НЗОК.

7. Направена е селекция и сериозен подбор на договорите между дружеството и лечебните заведения, като е посочена необходимостта от по-сериозно внимание към окомплектацията на ЛЗ с квалифицирани кадри и медицинска апаратура.

8. За първи път е направен задълбочен анализ на дейността на фондовете като застрахователи. Засегнати са основните показатели и инструменти, съгласно Европейската директива, Солвенс II.

СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИТЕ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:

1. Ангелов В, Белчева В, Григоров Е „Информираност на осигурените лица, относно същността и възможностите на ДЗО в България.“- сп. „Асклепий“, 2014; кн.1;
2. Ангелов В, „Проблеми и перспективи на медицинското обслужване в системата на ДЗО в България“ – сп. „Асклепий“; 2003;
3. Valentin N. Angelov, Valentina Y. Belcheva, Evgeni E. Grigorov „EVALUATION OF PRIVATE VOLUNTARY HEALTH INSURANCE COMPANY IN BULGARIA“ Journal of International Scientific Publication: Economy & Business, Volume 7, Part 1 – 2013;
4. Ангелов В, Белчева В, Григоров Е, -, „Мнения и потребителска удовлетвореност от медицинските услуги на фонд за ДЗО в България“ – сп. „Социална медицина“; кн. 4; 2014г.